

平成 27 年度

武庫川女子大学大学院

博士学位論文

小児看護における不適切な養育状況の
家族に対応する実践知構築に向けた研究

臨床教育学研究科臨床教育学専攻

鎌田 佳奈美

小児看護における不適切な養育状況の
家族に対応する実践知構築に向けた研究

指導 西井 克泰 教授

臨床教育学研究科臨床教育学専攻

鎌田 佳奈美

2 0 1 6

Dissertation for Ph.D

Clinical Wisdom of Nursing for
Maltreatment Child and his/her Family
in Hospitals

Academic Advisor: Professor Katsuyasu Nishii

Mukogawa Women's University

Graduate School of Clinical Education

Doctorial Program for Clinical Education

Kanami Kamata

目 次

序 章

第 1 節	研究動機	1
第 2 節	研究目的	3
第 3 節	用語の定義	6
第 4 節	論文構成	7

第 1 章 不適切な養育状況にある子どもと親の関わりに対して

小児看護師が抱く困難感

第 1 節	問題と目的	12
第 2 節	方法	13
第 3 節	結果	15
第 4 節	考察	22
第 5 節	まとめ	26

第 2 章 子どもと親の言動への小児看護師のアセスメントの実態

第 1 節	問題と目的	28
第 2 節	方法	28
第 3 節	結果	29
第 4 節	考察	35
第 5 節	まとめ	39

第 3 章 小児看護師が抱きやすい感情・認知とその変容をもたらす要因

第 1 節	問題と目的	41
第 2 節	方法	42
第 3 節	結果	44
第 4 節	考察	55

第 5 節	ま と め	58
第 4 章	家 族 の 支 援 に 対 す る 小 児 看 護 師 の 自 己 効 力 感 に 影 響 を 与 え る 要 因	
第 1 節	問 題 と 目 的	61
第 2 節	方 法	61
第 3 節	結 果	63
第 4 節	考 察	71
第 5 節	ま と め	74
第 5 章	実 践 に 必 要 な 要 素 と そ の 評 価	
第 1 節	小 児 看 護 師 が 必 要 と す る 知 識 ・ 認 識	77
第 2 節	実 践 知 の 構 築 に 向 け た 協 働 学 習 会 の 実 施 と 評 価	85
第 3 節	総 合 考 察	107
第 4 節	研 究 の 限 界 と 今 後 の 課 題	114
お わ り に		115
文 献		117

序 論

第 1 節 研究動機

25 年前、看護師の養成大学の教員になったばかりの筆者は、初めて虐待を受けた子どもの事例検討会に参加した。当時、我が国では子ども虐待は現在ほど社会問題となっておらず、筆者自身も親が子どもに暴力を振るうことなど考えてもいなかった。事例検討会で提示された親の暴力行為には身が震え、子どもの痛みや悲しみを思うと、居たたまれない思いになった。さらに、虐待を受けた子どもが身体だけでなく心に深い傷を残し、その後の人格形成に影響を及ぼすということに強い衝撃を受けた。そして、以前、看護師として小児病棟で働いていた頃に出会った一人の子どものことを思い出した。彼女は当時小学生で腎臓疾患の治療のために入院してきた。腎臓の治療は順調に進んだが、彼女は見ず知らずの大人に対し誰かれなくベタベタとすり寄って甘えていた。その甘え方が他の子どもとは全く違っていたので、とても気になってはいたが、治療の終了とともにそのまま退院していった。「あの子ども、もしかしたら・・・」と、これまで子ども虐待に対する知識や認識がなかったことで見過ごされてきた子どもが他にも存在したかもしれないと強く感じた。

数年後、実習先の病棟の看護師から白血病の治療のために入院してきた幼児とその母親との関わりについて相談を受け、筆者は教員として看護師とともにその家族に関わることになった。入院直後から、病棟の看護師誰もが子どもに対する母親の態度を不審に思った。体調不良のため機嫌が悪い子どもに対し、母親は優しい言葉をかけることや甘えさせることはなく、暴言を投げかけ、厳しい態度で接した。また、看護師が子どものケアを一緒に行おうと誘いかけても、母親は拒否的な態度を示し、時に医療者へ不満をぶつけてきた。徐々に看護師たちはその母親から距

離をとるようになり、子どもへの関わりも最小限になっていった。筆者は、そのような行動をとる母親を理解しようと毎日関わるようにした。最初は、できるだけ母親の負担感を軽減しようと子どもの遊び相手をし、その間母親には休息をとってもらおうよう促した。母親は口数が少なかったが、筆者のこのような促しへの拒否はなかった。ある夜、子どもが激しく泣いたため、看護師がベッドサイドに行くと、子どもの頬に真っ赤な手型が残っていた。しかし、看護師は興奮気味の母親にどう言葉をかけてよいかわからず「病気で出血しやすいので・・・」と説明しかけると、母親は看護師をきつく睨み部屋から出て行った。翌朝、この出来事を聞いた筆者はベッドサイドで母親に「四六時中付き添いで疲れていらっしゃると思いますよね。しっかり眠れていないのではないですか。私だって疲れていたり、眠れなかったりすると子どもにイラついたりする時もあるのでわかります」と母親の状況に共感した気持ちをそのまま伝えた。その途端、母親は筆者に視線を合わせてゆっくりと話を始めた。母親自身も幼い頃に親から暴力を受けて育ってきたこと、寂しい思いや辛い思いをしたこと、母親に甘えたかったことなど自分の生い立ちを語った。これまでの拒否的な母親とは全く別人であった。虐待は子どもだけでなく、親も犠牲者であり、支援を必要としている存在であることを認識していたからこそできた関わりであった。しかし、今後も今回のように上手く関われるとは限らない。この時の筆者は、母親に対して何の先入観ももたずに関われたからである。

上記のように病棟では、日常の場面で子どもや親が危機的な状況に遭遇することが多くある。様々な場面で子どもや親に関わる機会の多い看護師は、虐待や不適切な養育状況の家族への認識や理解を深めることで関わり方は大きく異なってくる。この経験が本研究の動機となった。

第 2 節 研究目的

古来よりいかなる社会や文化においても子ども虐待は存在した。子どもは親の所有物といった私物的子ども観のもと、子どもへの冷酷な扱いは長きにわたり放置されてきた。特に我が国においては、大正から昭和にかけて資本主義社会の発展に伴い、多くの子どもが過酷な労働を強いられた。1933(昭和 8)年に制定された児童虐待防止法はそのような幼い子どもへの労働を規制しようとしたものだが、絶対的な貧困と子どもの人権に対する社会意識の希薄さのもと、長きにわたり子ども虐待は社会から黙認され続けてきた(池田,1995;児童虐待防止制度研究会編,1995)。2000(平成 12)年になって、ようやく実質的な法律である「児童虐待防止等に関する法律」が制定され、子ども虐待は家庭の問題から社会問題として認識され始めるようになった(庄司,2007;川崎,2006)。以後、児童相談所における虐待通告件数は年々増加しており、現在では 8 万件を超えている(厚生労働省,2015)。

Krugman(1995)は、子ども虐待への対応はどの国も同じ段階を辿ることを強調している。第一段階は子ども虐待を否認する段階である。米国においても、Kempe(1962)によって子ども虐待の社会的発見がなされるまでは、長い間、虐待の存在は否定されていた。第二段階では身体的虐待の存在を認識し、第三段階では子どもの生命の安全を優先するため、親から引き離すための仕組みができる。第四段階以後、親と子どもの治療への取組み、性的虐待への気づき、さらには虐待の発生予防への取組みといった段階が存在する。わが国においては、児童虐待防止等の法律に明記された発見・通告の義務により、虐待やその疑いの子どもの通告数は激増した。2011(平成 23)年の改正により、虐待が存在していることの認識と親子分離の仕組みができ、第三段階に到達したと考えられる。しか

し米国と違い、我が国では親子を分離した後、虐待者である親に対する治療の法的な義務付けはなく、子どもの受け皿としての施設や里親制度は未整備のままである。また、親からの虐待による子どもの心の傷への治療的ケアは不可欠であるが十分なされているとは言い難い。さらに、虐待の発生予防や悪化防止への取り組みも同時に検討していく必要がある。

ここ十数年、医療機関において子どもと関わる看護師（以下、小児看護師とする）が、治療や一時保護の目的で入院してきた被虐待児をケアする機会が急増している。1991年に実施された調査では、被虐待児をケアした経験のある小児看護師は29.2%(池田・檜木野・山田・鈴木,1991)、1996年の調査では45.6%であったのに対し(鈴木・檜木野・鎌田・堀井,1998)、筆者ら(鎌田・石原,2013a)が行った2011年の全国調査では89.0%とほとんどの小児看護師が虐待された子どもと関わった経験をもっていた。また、柳川・市川・小林・山崎(2008)の調査によると、大学病院に子育て支援の窓口を開設したところ、子育てに関する相談が3年間で143例あり、そのうち11.2%が虐待事例で39.2%が継続支援の必要な家族であった。つまり、虐待の診断を受けた子どものみならず、その疑いも含めると、子ども虐待は小児看護師にとってごく日常的に遭遇する可能性の高い問題である。

多くの病床数をもつ病院に虐待の診断を受けて入院してくる子どもの多くは、生命が危険にさらされ、深刻な傷を負ったり、必要な栄養が与えられていない重症の子どもたちである。このような子どもたちは、身体の外傷のみならず、発達途上にある子どもの人格形成に影響を及ぼし、情緒・行動的な問題を噴出させ、将来にわたってさまざまな問題を引き起こす(西澤,1994;杉山2008)。

一方、診断は受けていないが親からの養育が不適切（以下、不適切な養育状態）であると思われる家族も小児病棟には潜在している。その親の多くは、経済的困窮や育児不安を抱えていたり、若年で支援者がいないなど、子育てに多大なストレスを抱えているため、支援を必要としている。しかし、親の多くは周囲からの支援に対して拒否的で攻撃的な態度を示す場合が多く、小児看護師は子ども同様、親への関わりにも苦慮している。

入院している子どもと親の24時間の生活援助を担っているのは小児看護師であり、あらゆる生活場面に関わる機会をもっている。それゆえ、家族への生活援助を通じてどのように関わるか、それ自体が支援的なケアになりうるといえよう。しかし、上野・長尾(2010)の調査によると、82.5%の看護師が子ども虐待に関心をもち、74.6%が「虐待は身近な問題」として捉えていながらも、「日々虐待を意識している」看護師はわずか23.8%であり、さらに他職種の役割や機能については「わからない」と回答したものが79.4%に上っていた。さらに、大半の小児看護師は「子どもの行動の意味を理解することが難しい」「ケアが子どもに与える影響に対して不安がある」など、関わりに戸惑いを感じており、それらが虐待対応の不全感に結びついていることも示された（鎌田, 2008; 鎌田・石原, 2013b ; 辻・鈴木, 2010）。

子ども虐待は社会問題として取り上げられてからの歴史はまだ浅く、わが国で初めて看護学教育の教科書に掲載されたのは1994年であり、2000年に子ども虐待防止等に関する法律が制定されてようやく基礎教育の中で本格的な教育が始まった。虐待を含め不適切な養育状況の子どもとその親への関わりは、従来の看護基礎教育で行われている身体的な問題を中心とした治療やケア方法では対応しきれない難しさがある。さ

らに、ケアの中で生じるさまざまな感情が小児看護師自身を混乱させる。そのため子どもと親への関わりに戸惑いや困難を感じている小児看護師は多い。

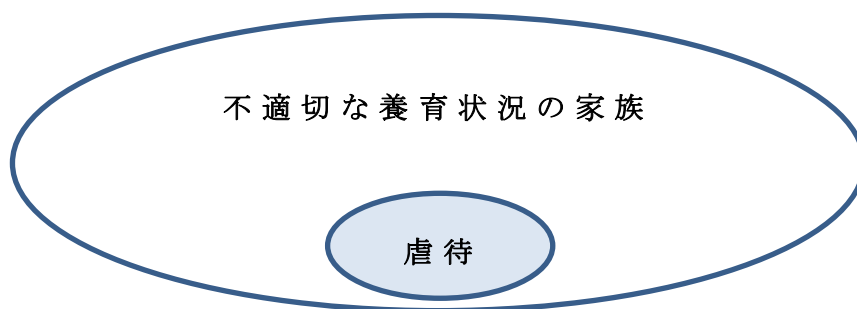
そこで本研究の目的は、不適切な養育状況の家族に対応する看護実践知の構築に向け、ケア提供者である小児看護師の実践行動を促す要素を抽出し、その評価を行うことである。

第3節 用語の定義

本研究において、不適切な養育状況の家族と小児看護師は以下のように定義する。

「不適切な養育状況の家族」とは、18歳未満の子どもに対する親の身体的暴力、発達段階に必要とされるケアの不足、事故防止への配慮の欠如、言葉による脅かし、性的行為の強要などによって、明らかに危険が予測されたり、子どもが苦痛を受けたり、心身に問題が生じている、あるいは、それらの可能性のある子どもとその親とし、虐待も含め、より広い概念とする（図序-1）。

「小児看護師」とは、本研究では総合病院・大学病院で子どもと関わる病棟および小児専門病院に勤務している看護師とする。



図序-1 不適切な養育状況の家族

第 4 節 論文構成

小児病棟では、明らかに被虐待児症候群と診断を受けて入院する重症度の高い子どもとその親と、診断は受けていないが子どもへの養育が不適切な親が存在する。そのため、小児看護師には虐待を受けた子どもへの心身のケアと、不適切な養育状況の家族の発見・悪化防止といった 2 つの役割が求められている。

調査 1 では、明白には診断されていないが、不適切な養育状況の家族に対応する小児看護師の認識の実態を探るため、質問紙調査を実施した。その結果を第 1 章と 2 章にまとめた。

第 1 章では、不適切な養育状況の家族への関わりの中で、小児看護師が抱く困難感の具体的内容を明らかにした。小児専門病院や総合病院の小児病棟等に勤務する 320 人の看護師から回答のあった自由記述の内容を分析した。

第 2 章では、不適切な養育状況の家族の早期発見や支援ニーズを見出すために小児看護師が重要視している情報や観察内容の実態を把握した。調査結果のなかから小児看護師の観察の視点の傾向を把握し、課題を検討した。

第 3 章は、虐待を受けて入院している子どもに対するケアについて検討した。特に、子どもとの関わりの中で小児看護師が抱きやすい感情や認知とその変容をもたらす要因を明らかにした。虐待を受けた子どもをケアする時、ケア提供者である小児看護師はさまざまな否定的な感情や認知を抱きやすい。そのような感情や認知は子どもへのケアに悪影響をもたらすとともに、看護師自身の生活にも影響を及ぼす。そのため、子どものケアで最優先すべきことは、ケアに携わる看護師が自己の感情をコントロールすることである (Smith, 1981)。

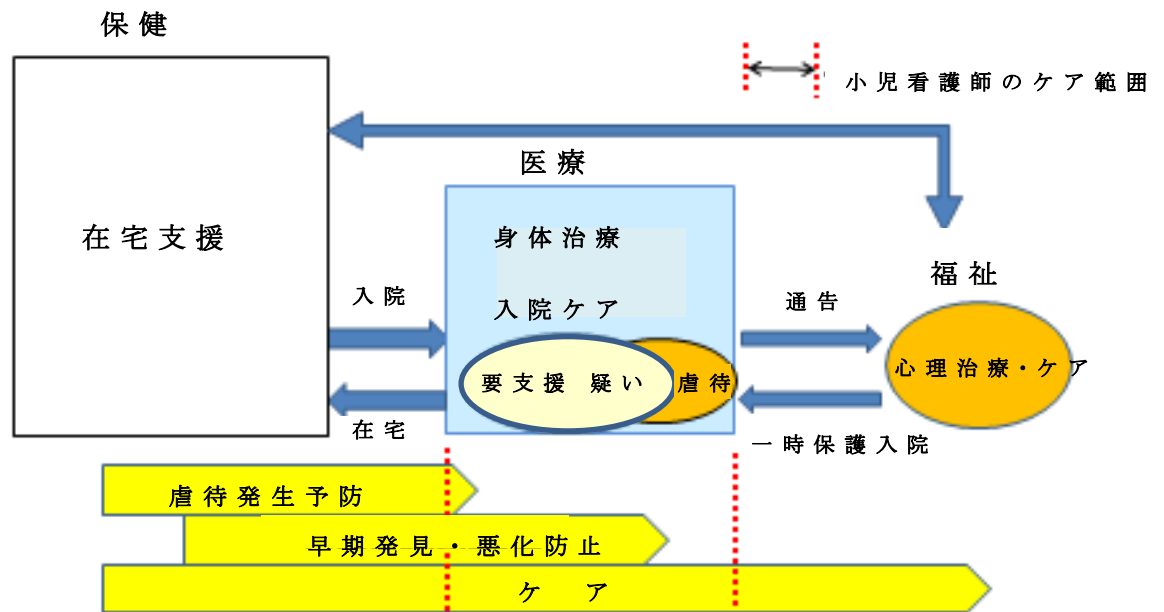
そこで本章では、虐待を受けた子どものケアに熟練した小児看護師への面接調査を行い、子どもへのケアの中で生じる感情や認知とその変容に影響を及ぼした要因を明らかにした。その結果から、小児看護師の二次的な心的受傷を予防し、感情をコントロールするために必要な支援を考察した。

不適切な養育状況の子どもと親へのケアの実践を促進するために、実行可能性の認知である自己効力感を高める必要がある。そこで第4章では、小児看護師の自己効力感に影響する要因を明らかにすることを試みた。全国300床以上の病院に調査を依頼し、統計分析を行い、結果を検討した。

第5章は、第1章から第4章までの結果をもとに、小児看護師のケア実践を支援するための要素と小児看護師が必要としている知識を抽出した。その結果から医療機関の小児看護師との協働学習会を計画した。協働学習会での小児看護師の反応や言動を観察し、さらに半年後に学習会に参加した看護師を対象に面接調査を行った。その結果をもとに、不適切な養育状況の家族に対応する看護実践知の構築に向けて総合考察を行った。

【不適切な養育状況の家族に対する小児看護師の対応範囲と役割】

不適切な養育状況の家族は、保健・医療・福祉のさまざまな機関、あらゆる段階での対応を必要としている。保健機関は地域で生活する全ての家族を対象にしたポピュレーションアプローチを実践することで、虐待の発生予防、早期発見の役割を担っている。また、虐待が疑われる、あるいは支援を必要としている不適切な養育状況の家族に対しては在宅



図序-2 不適切な養育状況の家族に対する小児看護師の対応範囲と役割

で支援を提供している。福祉機関は虐待を受けた重症度の高い子どもの心理治療や施設内での日常生活ケアを行っている。その中で、身体的な治療を要する子どもが一時的に治療目的で医療機関に入院している。また、医療機関は、地域から受診や入院した家族のうち、不適切な養育状況の家族を早期に発見し、悪化防止のために治療やケアを施すといった役割を担っている。特に小児病棟は、明らかに虐待と診断された子どもと不適切な養育状況の家族の両者への対応が求められており、その複雑さや困難さが存在している（図序-2）。

【本研究の枠組み】

本研究は不適切な養育状況の子どもと親の支援に関する3つの実態調

不適切な養育状況の家族の支援に関する実態調査

調査 1

不適切な養育状況の子どもと親の関わりに対して

小児看護師が抱く困難感（第 1 章）

子どもと親の言動への小児看護師のアセスメントの実態

（第 2 章）

調査 2

小児看護師が抱きやすい感情・認知とその変容をもたらす要因

（第 3 章）

調査 3

家族支援に対する小児看護師の自己効力感に

影響を与える要因（第 4 章）

小児看護師を支援するために必要な要素の抽出

- ・調査結果をもとに、子どもと親のケア実践を行う小児看護師を支援するために必要な要素を抽出する。

学習会の実施と評価

- ・小児看護師との協働学習会を実施する。
- ・小児看護師の認識や行動の変化から協働学習会の短期評価、長期評価を行う。

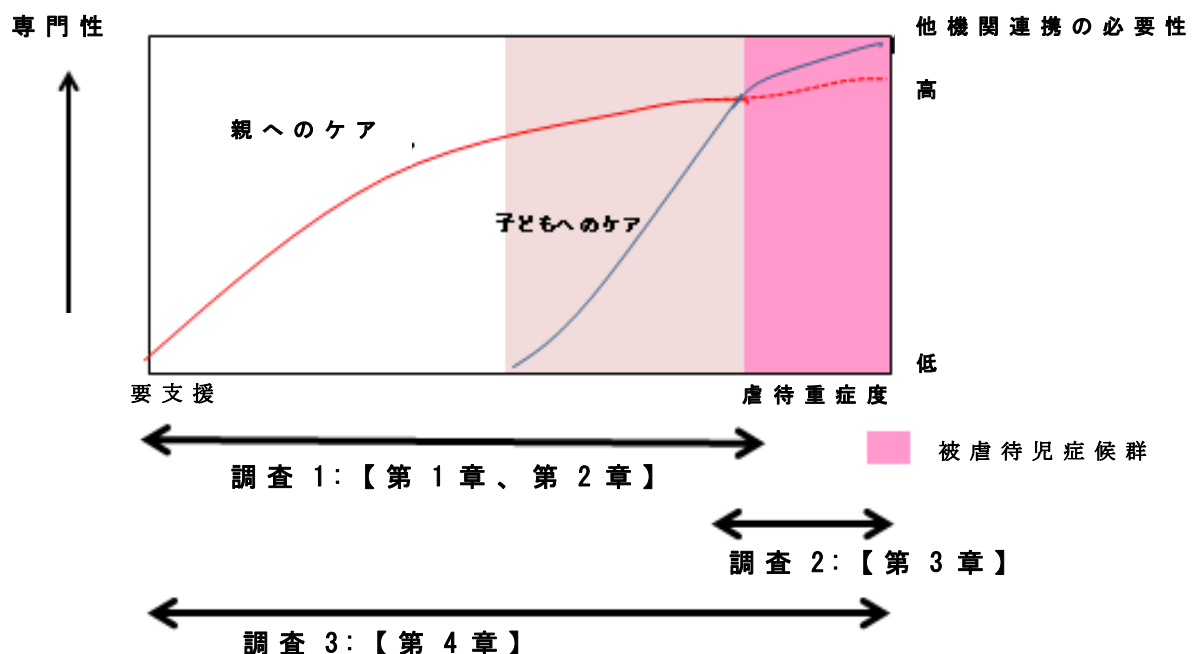
査を行い、小児看護師の実践に必要とされる要素を明らかにする。それらをもとに、協働学習会を実施し、その効果を評価した。

【調査内容の範囲】

小児看護師による不適切な養育状況の子どもと親に対する関わりは、その重症度によって主な関わりの対象や内容に違いがある。虐待の重症

度が高くなるほどケアの専門性や他機関連携の必要性は高くなる。特に明らかに虐待が診断されている場合と、そうでない場合では小児看護師の認識や関わりは異なってくる。子どもが被虐待児と診断を受けている家族の場合には、親子分離されるケースが多く、看護師の関わりは子どもへのケアが中心となる。明白な診断を受けていない不適切な養育状況の家族の場合は、早期発見や家族の支援ニーズのアセスメントが重要となる。

調査1では明らかな虐待事例を除いた不適切な養育状況の家族の早期発見、悪化防止に関する実態と課題を明らかにする。特に、ここでは子どもよりも親への関わりの内容が中心となる。調査2では、虐待を受けた子どものケアに焦点をあてた。調査3では、小児看護師のケア実践に必要な要素を明らかにするため、不適切な養育状況の全家族を扱った。図序-3に各調査の範囲を示した。



図序-3 不適切な養育状況の家族へのケアと調査範囲

第 1 章 不適切な養育状況の子どもと親の関わりに対して

小児看護師が抱く困難感

第 1 節 問題と目的

小児病棟では不適切な養育状況の子どもと親に関わる機会が増加している。彼らに対する看護師の役割は「予防・早期発見」と「家族に対するケア」の 2 つが存在し、両者は相補的な関係にある（日本看護協会，2003）。したがって、両者は分離して考えるものではないが、これまで小児病棟では虐待を受けた子どものケアに重点がおかれてきた現状がある。

先進的な取り組みをしている英国では、1989 年児童法（The Child act）のなかで、「何らかの援助がなければ健康や発達の維持・促進ができない可能性がある子ども」、「支援を必要としている子ども」を ”Children in Need”（要支援児）と定義している。これには、発達支援のニードをもつ子ども、虐待のハイリスクの子ども、障害をもつ子どもが含まれており、彼らに対する支援が子ども虐待の予防につながるとして、積極的に支援を行っている（Department of Health, Home Office, & Department for Education and Employment, 1999 松本・屋代訳 2002）。わが国においても、子どもが医療機関に受診や入院してきた時、子どもと親の行動や態度、親子の関係性から、「何か気になる」「何らかの援助が必要」と捉え、家族に関わり、継続支援のために他機関と連携する。このような積極的な養育支援は、虐待の予防にとって非常に重要である（秋津・山崎・志水，2007）。

柳川（2008）は、虐待のスペクトラムは、支援を必要している子どもと死に至るような虐待児が両極に位置しているのではなく、要支援児の中に虐待の子どもが含まれており、要支援児に対する予防的な支援は、虐待の子どもと親への支援を包含するとしている。したがって、小児病棟

においてもすでに虐待の診断を受けた子どもへの対応のみならず、予防に向けた支援という視点が必要である（Gary & Humphreys, 2004）。とりわけ小児病棟で出会う家族は、子どもの慢性疾患や障害のために親子関係の最初の段階でつまずいたり、本来の子育てに加え医療的なケアや管理が必要で、子育ての負担やストレスは大きい。そのため、養育上のハイリスク家族であり（厚生労働省, 2000）、予防の視点から積極的な子育て支援を必要としている家族と認識しておく必要がある（柳川, 2011; 寺本・柳川, 2011）。病棟で子どもと親に接し、さまざまな日常の場面に遭遇する機会をもっている小児看護師は、子どもの言動のみならず、親子の関係性、親の養育態度、家族の生活背景を把握しやすい立場にあり、虐待予防に向け、家族のニーズを把握し支援を提供できる専門職である。よって、小児看護師が不適切な養育の予防に積極的に取り組む意義は大きい。

多くのマンパワーをもつ看護師が不適切な養育状況の家族に対する知識や理解を深め、日々子どもと親に関わることが、虐待予防に効果をもたらすものと考えられる。虐待に関する学習が積極的な関わりと認識の向上につながるとの結果からも（上野・長尾, 2010）、看護師のための学習プログラムが必要であると指摘されている（辻・鈴木, 2010; 上野・長尾, 2010; 山城・前田・上田・沼口・盛島・池原・仲宗根, 2008）。

そこで本調査は、小児看護師が不適切な養育状況の家族を早期に発見し、悪化防止に向けた支援を行う上で、どのような困難を感じているか、その実態を明らかにすることを目的とする。

第 2 節 方法

1. 調査対象

子どもが入院している病床をもつ全国 500 床以上の病院、および小児専門病院を WAMNET・福祉医療情報サイト（Welfare And Medical Service Agency）により検索し、看護部長あてに本調査の依頼文を送付した。調査協力に同意のあった 76 病院を調査対象病院とした。対象者は、対象病院において子どもが入院している病棟および外来（小児病棟、小児外科病棟、児童精神病棟、救急病棟、NICU、小児外来、救急外来）に勤務している看護師 729 人である。

２．調査方法

対象病院の看護部長または看護師長宛てに協力人数分（5～30 人）の質問紙を送付した。対象者の選定条件は「子どもが入院している病棟および外来に勤務する看護師」とし、該当部署への質問紙の配布を依頼した。質問紙の回収は、各看護師への質問紙に返信用封筒を同封し、個別に郵送で行った。

３．調査期間

2011 年 2 月～4 月である。

４．調査内容

調査内容は、不適切な養育状況の家族への支援を行う上で、どのような困難を感じているか、について自由記述で回答を求めた。対象の背景として勤務病院の形態、小児看護の経験年数、不適切な養育状況の家族との関わりの有無について尋ねた。

５．分析方法

本調査では、小児看護師の記載内容の意味を切り捨てることなく活かせるよう、データの分析には KJ 法の手法を取り入れた。自由記述内容を「看護師が感じている困難」という視点から、意味のある文節毎に区切り、ラベルをつけた。ラベルの内容をまとまりのある意味内容で分類し、

カテゴリー数が最少になるまでカテゴリー化を行った。分析は、筆者と小児看護学の研究者の計 2 名で行い、分析内容の妥当性の確保に努めた。

6 . 倫理的配慮

対象病院の看護部長または施設長と調査対象者に対し、調査目的、方法、データの使用方法、および調査への参加は任意であり、調査への参加の拒否や中断による不利益はないこと、匿名としプライバシーは保護すること、調査結果は関連学会や論文として発表すること、返信をもって同意とする旨を示した説明文を質問紙に同封した。また、兵庫医療大学倫理委員会（承認番号 10031）および、要請のあった病院の倫理委員会で承認を得た。

第 3 節 結果

対象者 729 人中、不適切な養育状況の家族とかかわったことが「無い」と回答した者、および無回答の者を除外した 320 人を本調査の分析対象とした。

1 . 対象者の背景

対象者の背景は表 1-1 に示した。対象者が勤務している病院は小児専門病院、総合病院勤務が同程度でやや多く、所属は小児病棟が約半数を占めた。小児看護経験年数は 5 年未満が約 3 割と最も多かったが、17 年以上も 1 割程度おり、各年齢にばらつきがみられた。虐待を疑う家族にかかわった経験は 10 家族未満が 7 割を占めた。以上より、本調査結果は経験年数や勤務病院形態等、看護師の全般的な状況を示していると考えられる。

2 . 看護師が感じている困難感

表1-1 対象者の背景		%(n)
病院機能	小児専門病院	37.5(120)
	総合病院	35.9(115)
	大学病院	26.6(85)
所属	小児病棟	46.9(150)
	小児外来	17.9(57)
	救急病棟	5.6(18)
	小児外科病棟	5.6(18)
	小児・成人混合病棟	5.3(17)
	救急外来	5.3(17)
	その他	13.4(43)
小児看護職経験年数	5年未満	30.1(96)
	5～9年未満	28.7(92)
	9～13年未満	18.6(60)
	13～17年未満	10.9(35)
	17年以上	11.7(37)
不適切な養育の家族とのかかわり	10家族未満	67.5(216)
	10～30家族未満	21.9(70)
	30家族以上	10.6(34)

自由記述の内容から看護師の困難を表している意味項目は461項目であった。それらから【家族の支援ニーズの見極め】【家族への直接的な関わり】【他機関・チーム間での協働】【看護師自身の心身の負担】【病院での関わりの限界】の5つのカテゴリーと18のラベルを抽出した(表1-2)。

以下、カテゴリーは【 】, ラベルは< >、小児看護師の実際の記述内容は「 」で示す。

1) 家族の支援ニーズを見極める困難さ

不適切な養育状況の家族への支援を考える際、子どもだけでなく親の状況や生活背景を含めた全体像を把握し、家族の支援ニーズを見出す必要がある。小児看護師は「親が事実を隠そうとするため情報が得られない」や「事実を聞き出すのは難しい」「何かおかしいと思っても、手がかりや決め手がなかったり、医療者とのコミュニケーションを受け入れない親もいる」と情報を得ることの難しさを表現していた。また、入院し

ているのは子どもであり、子どもに関する情報を得ることは当然と考えているが、親自身や家族の生活背景に関することは「プライバシーにかかわること、家庭のことなので、深く入り込むことは難しい」との思いをもっていた。小児看護師はこのような状況から＜家族からの情報収集＞に困難を感じていた。家族からの情報収集が不十分であるため、「介入すべき点がどこにあるのか見極めが難しい」や「虐待の要因をもっている人が必ずしも虐待しているというわけではない」など、＜家族のアセスメント＞にも困難が生じていた。さらに、「“虐待”と“普通”の境界がわかりにくい」、「家族から“しつけ”と言われると、“厳しい育児”と誤ってしまうかもしれない」と看護師自身の＜虐待に対する認識の曖昧さ＞も存在しており、【家族の支援ニーズの見極め】に困難が生じていた。

２）家族への直接的な関わりに対する困難さ

家族を支援するためには、まず親と信頼関係を形成する必要がある。しかし、「虐待の疑いをもつことで上手くコミュニケーションがとれない」状況が生じる、「親の不信感をかうことがよくあり、信頼関係が築けない」など、＜家族との関係形成＞の難しさが存在していた。さらに「医療者の関わりを受け入れない親がいる」、「親が関係を断とうとし、定期検診に来ない、電話が繋がらない」状況が存在した。また、親が「支援の必要性を認識していない」など、＜家族の拒否的な態度＞が家族との関わりを妨げていると回答した小児看護師は多かった。そのような親の態度に対し、「どのような介入方法があるのか具体的にわからない」や、「親との距離の取り方」、「支援の方法について指標がないため難しい」といった困惑感や、看護師自身が虐待を意識するあまりに親との距離に慎重になりすぎ、「どのような言葉づかいや態度で接すればよいのか難しさを感じる」「どのようにアプローチすればよいかわからない」などと、＜

家族への具体的な介入方法＞を模索していた。また、「経済的な問題や父母の精神疾患、性格などへの介入」「親族からの支援が受けにくいシングルマザーへの対応」「ドメスティックバイオレンス（Domestic Violence：DV）やアルコール依存症が混在しているとどう援助すればよいか途方に暮れる」との記述もあった。このように医療や看護の範囲を超えた支援を必要としている＜生活背景や性格特性に問題をもつ家族への対応＞には医療機関の看護師として、どこまで介入すべきなのかと、困難を極めている様子が示された。以上のように、小児看護師は常に最前線で家族と関わらなければならない、【家族への直接的な関わり】に困難を感じている者は非常に多かった。

３）他機関・チーム間での協働における困難さ

病棟では入院した子どもに対し、特定の看護師が担当するかたちをとっていることが多いが、三交代勤務であるため、子どもや親にはスタッフ全員が交代で関わっている。そのため、多くの視点から家族を観察し、情報を得ることができる反面、「自分はリスクを感じていてもスタッフ全員が一致するとは限らない」や、「スタッフ間で考え方の違いがある」「スタッフ全員が同じ気持ちをもつ状態になるまで、非常に根気と時間がかかる」などの現状があった。特に病棟では、看護師自身が必要性を感じても、事例の扱いにおいては医師の意向が強く反映される傾向にある。そのため、「医師との意見がずれることがある」「医師が消極的だと対応がなされないケースがある」など、病院内における＜チーム内でのコンセンサス＞がなければ、他機関への通告や連携ができない状況にあった。

また、退院後、地域で継続ケアを受けるためには、家族に関する情報を地域と共有する必要がある。その時には、可能な限り地域に連絡する旨を親に説明し、承諾を得なければならない。しかし、「個人情報の問題

があり、家族からの拒否があると他に情報提供できない」といった状況が起こることもしばしばある。また、親の状況を記録に残すことは確実に情報を伝達し、共有するための重要な手段である。しかし、入院しているのは子どもであって親ではないため、「カルテの開示などの可能性があり家族の情報を記録に残せない」や「プライバシーが高い内容のため記録に残せない」と感じている看護師は＜継続支援のための情報共有＞にも苦慮していた。

虐待を疑う場合、あるいは継続支援が必要な場合には、他機関との連携が不可欠であるが、実際に「他機関にどのタイミングで連絡をすればよいのか」や「どこに相談すればよいかわからない」などと、＜機関連携の具体的な方法＞に対する戸惑いもあった。また、他機関との連携が開始されても、「他職種との認識の差を感じる」、「児相の判断に対し、本当にそれでよいのかと悩むことが多い」など、＜機関間の認識や方針の統一＞は容易ではなく、【他機関やチーム間での協働】の困難さが示されていた。

４）看護師自身の心身の負担における困難

小児看護師は、「親へのケアと子どもを守ることはなかなか両立できない」「親を否定したり、責めることなく関わるのが難しい」と、親もケアの対象として関わる必要性は認識していても、感情の上で理解できないといった＜家族とかかわる上で生じる葛藤＞を抱えていた。また、不適切な養育状況の親との関係形成には長い期間と粘り強い関わりを必要としている。その間、小児看護師は、「常に疑いを向けて会話をしたり、探ったりするのも気が引ける」、「親にレッテルを貼るような罪悪感がある」と、親に対して常に虐待を意識しながら関わることに葛藤を感じたり、時に親への配慮のために「子どもを守ることが優先できない」こと

にく子どもと親に対する罪悪感＞を抱くこともあった。また、小児看護師は、親との関係が途絶えてしまうと継続支援につながらないこともよく認識しており、「医療者が虐待を疑うことで、医療機関に連れて来なくなる」「間違った判断をすれば親を傷つけてしまう」とく自己の関わりが及ぼす悪影響への懸念＞を抱き、親に十分な関わりができない状況も示した。さらに、「虐待の疑いのある家族と24時間向き合うことに精神的な負担がある」、「何時間対応しても終了できないことがある」と親の話を聴き続けることに疲労を感じ、「支援体制を作るまでのコーディネートなど、日常業務と並行して行うのは大変である」と、家族に対応する看護師の負担は大きい。にもかかわらず、「関わった結果が見えにくい」「退院後の経過がわからずケアの評価が難しい」と、自分たちのケアの効果を実感することもできないためく対応にともなう心身の疲弊感＞は大きかった。以上のように、不適切な養育の悪化防止に向けた支援には、他の疾患のケアの時には経験したことのない感情の揺れや葛藤が生じ、忍耐を必要とするため、【看護師自身の心身の負担】は非常に大きい。

5) 病院での関わりの限界

家族にじっくり関わる必要性を強く感じているものの、「外来では関係性が作りにくく、継続的に関わるのが困難」「短期入院が多いので、気になっていても様子を見るだけで終わってしまう」とく支援の時間的な制約＞があることに葛藤を感じていた。さらに、気にかかる家族であっても「退院してしまうと把握が難しい」「家族の状況の変化に十分対応できない」などく退院後の継続的なフォロー＞が十分できないことや、親権をもっている親の意向に添わなければならない現状があるため、「看護師が子どもを守ることに限界がある」「病院の看護師としてどこまで介入してよいかわからない」などく不明確な介入範囲＞に【病院での関わり

表1-2 不適切な養育状況の家族支援を行う上での看護師の困難		
カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル
家族の支援ニーズの見極め	家族からの情報収集	親が事実を隠そうとする
		虐待の事実を聞き出すこと
		プライバシー保護の観点で家族の情報を得ること
		家族背景や家庭環境の把握
	家族のアセスメント	子どもからの情報収集
		介入すべき点の見極め
		リスクが高くても虐待するとは限らない
		アセスメントするためのツールがない
		客観的情報のみでの判断
		家族のアセスメントに先入観が入りやすい
		家庭の養育能力が把握できない
		虐待としつけの境界がわからない
家族への直接的な関わり	虐待に対する認識の曖昧さ	院内で虐待の認識の統一ができていない
		疑いをもつことで関係形成に影響する
		信頼形成できにくい、時間がかかる
		家族の面会が少ない
	家族との関係形成	関係をもつこと自体を拒否する
		支援の必要性を認識していない
		継続支援を拒否する
		家族への具体的な言葉かけや態度
	家族の拒否的な態度	介入のきっかけや方法
		支援の必要性に気づけるような関わり方
		他患児の家族との関係のもち方
		生活背景や性格特性に問題をもつ家族への対応
他機関・チーム間での協働	生活背景や性格特性に問題をもつ家族への対応	経済的な問題をもつ家族への関わり
		支援者のいないシングルマザーへの関わり
		DV家族への関わり
		知的レベルの低い家族への関わり
	チーム内でのコンセンサス	メンタルケアが必要な家族への関わり
		他機関連携の必要性への認識の一致
		医師の意向で他機関連携が左右される
		情報共有や一貫したかわり
	継続支援のための情報共有	情報提供に関して家族の承諾が得られない
		プライバシー保護のため家族の情報を記録に残せない
		具体的な相談機関や連携方法
		病棟・外来から地域へのケアの継続方法
看護師自身の心身の負担	機関連携の具体的な方法	機関間で支援の方針や判断の一致
		機関間で統一した対応
	機関間の認識や方針の統一	子どもと親のケアの両立
		虐待の疑いをもちながらの関わり
		家族を疑うことへの後ろめたさ
		家族のケアの優先により子どもを守りきれない
	子どもと家族に対する罪悪感	かかわることで受診しなくなってしまう恐れ
		間違った判断で家族を傷つけてしまう恐れ
		対応に膨大な時間を要す
		地域とのコーディネートにかかる労力
病院での関わりとの限界	対応にともなう心身の疲弊感	かわりの効果がみられない
		外来での一時的な関わり
		短期間の入院
		交代勤務での関わり
	支援への時間的な制約	退院後の家族の把握
		退院後の直接的な関わり
		プライバシーへの関わり
		看護師として家族への介入範囲
	退院後の継続的なフォロー	
	不明確な介入範囲	

の限界】を感じていた。

第4節 考察

医療的なケアや疾患の管理が必要な中での子育てのストレスは大きく、虐待のリスクは高い(柳川,2011)。今回の調査でも、ほとんどの小児看護師が不適切な養育状況の家族にかかわった経験をもっていた。今回の結果は多岐にわたり多くの困難な内容の記載があり、日々手探りの状態で子どもや親に関わっていることを示していた

。

1. 子ども虐待予防に向けた支援に対する看護師の認識

結果に示された困難の内容からは、親が情報を隠そうとする、看護師側が虐待を意識することで子どもや親から十分な情報を得ることができない、家族の生活背景を把握できないといった現状があり、そのため家族の全体像をアセスメントし、どのような支援が必要であるかの見極めに困難を伴っていることが示された。しかし、「家族が事実を隠そうとする」「虐待の事実を聞き出すことは難しい」といった記述が多かったこと、「間違った判断をすれば家族を傷つけてしまう」との親への配慮を示す内容からも、小児看護師は虐待かどうかの確実な判断が必要と考えていることが窺えた。事実を確認しようとするによって、無意識ではあるが小児看護師は家族を理解しようとするよりも、情報を聞き出すことを優先しやすい。このような虐待の事実を探ろうとする看護師の態度は、かえって親の疑念や不信感を引き起こしかねない危険性を孕んでいる。とりわけ、他者との関係に敏感な親は、医療者に＜拒否的な態度＞を示しやすい。辻・鈴木(2010)は、親の拒否的な態度により、看護師自身も親に回避的になりやすいことを述べている。看護師が親の示している行

動や態度の意味を理解できず、＜具体的な介入方法＞も持ち合わせていないと、親に対して回避的になることも当然であろう。このような互いの探り合いの状況が、【家族への直接的な関わり】における困難につながっていることも考えられた。虐待であるか否かの見極めは、ある段階では必要であるし、親子の関係や生活背景など多くの情報を集めることで、現在、家族に何が起きているのかが理解でき、援助の方向性や介入方法を明確にすることができる。しかし、親から“情報を聞き出すこと”を優先する関わりは、両者の関係を硬直化させてしまいかねない。

不適切な養育状況の親の多くは、自身の生育歴から継続的に複合的な困難を抱えていたり、サポートがなく孤立していたり、育児負担や生活上のストレスを抱えていることが多い。上野（2003）は、まずは、親にそのような“しんどさ”があることに気づき、気持ちを寄せることから始める必要があるとしている。そうすることが親支援の必要性に対する肯定的な認識となり、支援の対象として親のありのままを受け入れ、尊重する関わりが可能となる。そこでは、“このようにかかわればよい”という定型化された介入方法はなく、目の前にいる個々の親の思いや欲求をありのまま受け止めることが最も必要とされる。個々の思いや欲求を理解しニーズに沿った支援が提供できたときにはじめて、子どもと親に何が起きているのかが見えてくるのではないだろうか。「子ども虐待の予防に向けた支援における小児看護師の重要な役割は、虐待の疑いのある家族を見つけることよりもむしろ、支援を必要としている家族に気づくことである」といった認識をもつことが、支援の出発点である。

２．他機関・チーム間での連携の重要性

不適切な養育状況の家族は、「経済的な問題や父母の精神疾患」「DVやアルコール依存症が混在している」など多くの問題を抱え、それらが

輻輳しながら家族機能を低下させ、さまざまな現象が生じている。そのため、援助にあたっては一機関、ましてや小児看護師だけでの対応は困難である(佐藤,2001;日本看護協会,2003)。特にこのような多問題の家族は長期的な視野にたった支援が必要であるため、【病院での関わりの限界】があるのは当然である。家族が退院後も地域で見守りやケアを受けるためには、【他機関・チーム間での協働】が不可欠である。しかし今回、院内のチーム間で共通認識をもつことの難しさや、他機関と情報共有すること、方針を一致させることなどの多くの難しさが示された。佐藤(2001)は機関間で協力体制を作り上げる困難さは、虐待事例がどの機関にとっても極めて厄介で、膨大なエネルギーと手間を必要とすることに由来すると述べている。時に、他機関で見解や方針の違いに対する不満のぶつけ合いや責任の押し付け合いになりかねない。このような状況を踏まえた上で、普段から密接な関係をつくり、互いの機関の役割を理解するなど、協働に向け機関間の葛藤を調整することが求められる。また、機関連携を促進するためには、親の同意を得た上で、診療情報を提供できる記録様式などを利用して確実に情報を共有すること(柳川他,2008)、支援の方針を一致させ、役割と責任を分担すること(佐藤,2001)などがあげられる。しかし、他機関への情報提供に同意しない家族も多く、連携に苦慮している現状も浮き彫りとなった。親の警戒心を和らげるためには、特に母親にとって最も身近な存在として小児看護師の関わりは重要である。チーム全体で一貫して母親を支える構えを示すことができるよう、カンファレンスでケア方針を一致させることは、母親との関係の形成を促す。また、チーム間で情報を共有し、ケア方針を話し合うことで、自らの行為がチームの合意に裏打ちされたものであることを感じられる機会となり、「対応を間違えると関係性が崩れ、受診が途切れるのではないか」

との看護師が抱く懸念の軽減につながると考えられる。

他機関との連携については「どこに相談すればよいのかわからない」などの記述にみられたように、事例を経験する少なさも関係していると思われるが、他職種の機能や機関連携に関する看護師の知識や認識は十分ではない（鎌田・檜木野・鈴木, 2007; 上野・長尾, 2010, 益田・浅田, 2003）。他機関との有機的な連携を行うためには、関係機関の機能や体制、役割についての知識や認識を深める必要がある。また、今回の記述にもみられたように、一人の看護師が連携の必要性を認識したとしても、他機関につなげることにはかなりの努力を要する。他機関連携を進めていくためには、小児看護師が、不適切な養育状況の家族への対応は病院全体で取り組むべき重要な課題であるとの認識を高め、院内システムの構築に向け、積極的に働きかけていく必要がある。

３．看護師自身の感情のコントロール

不適切な養育状況の家族に対応する小児看護師は、子どもや親に共感的にかかわる一方で、さまざまな否定的な感情とも直面しなくてはならない（Smith, 1981）。そのため小児看護師は、子どもや親への共感性を重視し、関係性の構築に力を注ごうとするあまり、ストレスを増大しやすいと考えられる。相反する感情によって引き起こされた葛藤に長期間晒された状態で子どもや親にかかわることによって、身体的・感情的・精神的な疲弊状態に陥る危険性がある（藤岡・寺村, 2006）。このことは、子どもや親の関わりに影響を及ぼすとともに、看護師自身にも意欲の低下や不全感を生じさせる（浅利, 2012; 辻・鈴木, 2010）。

【看護師自身の心身の負担】を軽減するためには、他機関・チーム間の連携は非常に重要である。子どもや親のケアにあたるとき、彼らへの否定的な感情や葛藤など、自身に生じるさまざまな感情の由来を理解し、

客観視できなければならず (Smith, 1981)、そのためには上司や同僚など他者の存在が重要となる。尾高・川名・山内 (2011) は、看護師は、自身に生じる陰性感情は出してはいけないという看護師像にとらわれており、自身の感情を表出できるチーム関係を日頃からつくっておくことの重要性を強調している。また、スーパービジョンや定期的なカンファレンス、同僚同士によるピアサポート、研修会など、家族のケアを一人が抱え込み過ぎないことが重要であり (藤岡, 2006)、これらを通じて看護師自身も守られる環境が必要である。

第 5 節 まとめ

本調査より、以下の点が明らかになった。

1. 不適切な養育状況の家族に対する早期発見、悪化防止を行う上で小児看護師が抱く困難の内容の記述から、【家族の支援ニーズの見極め】
【家族への直接的な関わり】【他機関・チーム間での協働】【看護師自身の心身の負担】【病院での関わりの限界】の 5 カテゴリーを抽出した。
2. 【家族の支援ニーズの見極め】では、家族の生活背景や養育状況や事実確認などの情報収集やアセスメントの難しさが存在した。背景には、小児看護師が虐待か否かの判断を優先しがちであることが推察できた。
3. 【家族への直接的な関わり】では、拒否的な家族が多く、小児看護師は、どのように言葉をかけ、介入すればよいかと家族との関係形成に困難を抱いていた。
4. 【他機関・チーム間での協働】では、医療チーム内の共通認識の不足による他機関連携の難しさや、家族情報の扱いの難しさがあった。

5. 【看護師自身の心身の負担】では、被害者である子どもと、加害者かもしれない親との関わりを両立させることに抵抗を感じていた。また、親に疑いをもつことに後ろめたさを感じたり、下手に関わることで関係が途切れてしまうかもしれないことへの不安を抱えていた。
6. 【病院での関わりの限界】では、短期間入院では十分関われないことや、家族状況に不安を抱きつつも退院後の状況が把握できないことへの無力感があった。

第 2 章 子どもと親の言動への小児看護師のアセスメントの実態

第 1 節 問題と目的

小児看護師が、子どもの疾患や障害のみならず、虐待の予防的な視点からアプローチすることによって、虐待の発生や深刻化の防止につながる可能性があることは先に述べた（秋津他, 2007）。

しかし第 1 章で明らかになったように、小児看護師は、家族の支援ニーズを見極めること、家族との具体的な関わり方、他機関・チーム間での協働や看護師自身の心身の負担などに難しさを感じていた。特に不適切な養育状況の家族の早期発見・悪化防止のためには、家族がどのような状況におかれ、どのようなニーズがあるのかを把握することが必要である。家族を理解するためには、必要な情報収集や観察を分析・統合する（以下、この分析・統合をアセスメントとする）ことが求められる。

そこで第 2 章では、小児看護師が不適切な養育状況の家族の早期発見・悪化防止の観点から、子どもと親の言動をどの程度重視しているか（以下、重視度とする）を示し、小児看護師の強みと課題を明らかにする。また、重視度に影響を及ぼしている要因を抽出する。

第 2 節 方法

1. 調査対象、調査方法、調査期間、倫理的配慮は第 1 章と同じ

2. 調査内容

勤務病院の機能、所属、小児看護経験年数、虐待対応委員会の有無、チェックリストの有無、子ども虐待への関心、虐待関連の院外研修への参加の有無および、関わった被虐待児の人数、子どもと親の言動をどの程度重視するか、についてである。本調査に先立ち、不適切な養育状況の子どもや親に関わった経験をもつ小児看護師 9 名および保健師 3 名に

対し、虐待が起こるかもしれないと感じた子どもや親の言動について面接調査を行なった。面接結果から抽出した<子どもの言動>16項目、<親の言動>15項目、<親の養育態度>22項目と<家族の生活背景>として文献から抽出したリスク要因8項目を順に配列し、子どもと親の言動に関する項目とした。それらの項目について、「かなり重視する」「まあまあ重視する」「どちらともいえない」「あまり重視しない」「全く重視しない」の5段階リッカート法にて回答を求めた。

3. 分析方法

子どもと親の言動に関する61項目中、外来勤務の看護師にはあてはまらない2項目を削除し、59項目を分析対象とした。各項目の度数分布から小児看護師の重視度を確認した。次に、子どもと親の言動に関する項目の構成要素を明らかにするために、各項目を「かなり重視する」から「全く重視しない」まで5～1点を配点し因子分析を行った。因子の重視度を比較するため因子平均得点の分散分析を行い、その後の多重比較にはBonferroni法を用いた。さらに、各因子の重視度への影響要因を確認するため、因子毎の合計得点を目的変数、背景要因を説明変数とし、重回帰分析を行った。なお、背景要因のうち名義尺度の項目は、以下のとおりダミー変数を投入した。小児専門病院、子ども虐待へ非常に関心あり、虐待対応委員会の設置あり、チェックリストあり、研修への参加ありを1とし、それ以外の回答を0として分析を行った。統計処理にはSPSSver20を使用し、有意確率は $P<.05$ とした。

第3節 結果

1. 対象者の背景

小児看護師729人中、有効回答数は388であり、有効回答率は53.2%

であった。対象者の背景は表 2-1 に示した。勤務病院の機能は小児専門病院が 37.1%、総合病院が 36.1%とほぼ同じ割合であり、所属は 78.1%が病棟勤務であった。小児看護経験年数は、5～10 年が 37.6%と最も多かったが経験年数の分布にはばらつきがみられた。病院内に虐待対応のための委員会が設置されていたのは 61.6%であったが、チェックリストが「あり」としたのは 27.8%と 3 割にも満たなかった。ほとんどの小児看護師が子ども虐待への関心をもっていたが、「非常にあり」と回答したのは 34.6%であり、虐待関連の院外研修へ参加したことがあるのは 42.0%であった。多くの小児看護師が虐待された子どもに関わった経験をもっていたが、関わった子どもの人数は「5 人未満」が 39.0%、「5～15 人未満」が 32.9%であった。

表2-1 対象者の背景		n=388(%)
病院機能	小児専門病院	144(37.1)
	総合病院	140(36.1)
	大学病院	104(26.8)
所属	病棟	303(78.1)
	外来	85(21.9)
小児看護経験歴	5年未満	124(32.0)
	5～10年	146(37.6)
	11年以上	118(30.4)
虐待対応委員会の設置	あり	239(61.6)
	なし	149(38.4)
虐待対応のチェックリスト	あり	108(27.8)
	なし	222(57.2)
	わからない	58(15.0)
子ども虐待への関心	非常にあり	134(34.6)
	あり	239(61.6)
	ない・わからない	15(3.8)
院外研修への参加	あり	163(42.0)
	なし	225(58.0)
かかわった被虐待児の人数	なし	61(15.7)
	5人未満	151(39.0)
	5～15人未満	128(32.9)
	15人以上	48(12.4)

2. 子どもと親の言動に対する看護師の重視度

全項目に対する重視度を表 2-2 に示した。〈子どもの言動〉の項目では「不審な外傷がある」は 92.0%の看護師が「かなり重視する」と回答したが、それ以外の項目の回答にはばらつきがみられた。「まあまあ重視する」「かなり重視する」を合わせても半数に満たなかった項目は 7 項目であり、とりわけ「親よりしっかりしている」は 17.5%、「親への甘えが強い」では 13.4%の小児看護師が「ほとんど重視しない」「あまり重視しない」と回答し、「どちらともいえない」を合わせると約 70%がこれらの子どもの言動を積極的には重視していなかった。その他、「かんしゃくを起こしやすい」「多動で落ち着きがない」「年齢にそぐわず行儀がよい」「初対面にもかかわらずベタベタとくっついてくる」「親がいなくても平気な幼児」を重視するものも半数に満たなかった。〈親の言動〉の項目では、「母親自身の顔や身体にあざが多い」「夫への依存が高く常に顔色を窺っている」といった家庭内暴力を連想させる様子への重視度は高かった。しかし、「助詞が上手く使えないなど文字がきちんと書けない」では 17.6%が重視しないと回答した。また、「同じことを何度も繰り返し話してくる」「検査や処置の訴えが多い」「汚されることを極端に嫌う」「医療者に自ら話しかけてこない」「不満や苦情をよく訴えてくる」を重視する看護師は半数にも満たなかった。〈親の養育態度〉の項目では、「子どもを抱っこしようとししない」「子どもの状態に対する親の説明が矛盾している」「必要な予防接種や訓練を受けさせていない」の 3 項目で半数以上が「かなり重視する」と回答した。一方、積極的に重視するものが半数に満たなかった項目は「子どもの世話より医療処置をしようとする」「決められた子育てに固執する」「ベッド柵をするのを何度も忘れる」「子どもを飾り付けるなどアクセサリ－感覚で扱っている」であった。〈家族の生

表2-2 子どもと家族のアセスメント項目に対する重視度		n=388(%)				
		かなり重視する	まあまあ重視する	どちらともいえない	あまり重視しない	ほとんど重視しない
子どもの言動						
	不審な外傷がある	357(92.0)	28(7.2)	2(0.5)	1(0.3)	0
	痛みがあるはずなのに痛みを訴えない	100(25.8)	166(42.8)	107(27.6)	13(3.4)	2(0.5)
	「ごめんなさい」とすぐに謝る	83(21.4)	173(44.6)	112(28.9)	18(4.6)	2(0.5)
	乳児の衣服や身体からタバコのおいがする	70(18.0)	165(42.5)	127(32.8)	21(5.4)	5(1.3)
	言動が乱暴である	61(15.7)	167(43.0)	143(36.9)	14(3.6)	3(0.8)
	かなりひどいおむつかぶれがある	81(20.9)	148(38.2)	132(34.0)	25(6.4)	2(0.5)
	医療者には反抗的だが親には逆らわない	61(15.7)	156(40.2)	147(37.9)	21(5.4)	3(0.8)
	授乳困難や食事の摂取困難がある	71(18.3)	138(35.7)	158(40.7)	20(5.0)	1(0.3)
	発育・発達の遅れがある	71(18.3)	125(32.2)	175(45.1)	17(4.4)	0
	親がいなくても平気な幼児	62(16.0)	123(31.7)	172(44.3)	29(7.5)	2(0.5)
	初対面にもかかわらずベタベタとくっついてくる	60(15.5)	118(30.4)	163(42.0)	38(9.8)	9(2.3)
	年齢にそぐわず行儀がよい	43(11.1)	133(34.3)	169(43.5)	36(9.3)	7(1.8)
	多動で落ち着きがない	34(8.8)	132(34.0)	185(47.7)	35(9.0)	2(0.5)
	かんしゃくを起こしやすい	17(4.4)	137(35.3)	195(50.2)	38(9.8)	1(0.3)
	親への甘えが強い	15(3.9)	105(27.1)	216(55.6)	46(11.9)	6(1.5)
	親よりしっかりしている	14(3.6)	100(25.8)	206(53.1)	62(16.0)	6(1.5)
親の言動						
	母親自身の顔や身体にあざが多い	248(63.9)	115(29.6)	24(6.2)	1(0.3)	0
	夫への依存が高く常に顔色を伺っている	161(41.5)	177(45.6)	47(12.1)	3(0.8)	0
	医療者と会話中も目を合わそうとしない	109(28.1)	168(43.3)	101(26.0)	10(2.6)	0
	感情や目の動きがなく表情が固い	111(28.6)	164(42.3)	104(26.8)	9(2.3)	0
	馴れ馴れしなかったり拒否したり対人関係の取り方が極端	52(13.4)	165(42.5)	151(38.9)	20(5.2)	0
	親自身が注目を集めたがるような行動をとる	60(15.5)	155(39.9)	142(36.6)	28(7.2)	3(0.8)
	子どもを可愛がっていることをアピールする	56(14.4)	140(36.1)	169(43.6)	21(5.4)	2(0.5)
	不満や苦情をよく訴えてくる	39(10.1)	122(31.4)	195(50.3)	28(7.2)	4(1.0)
	医療者に自ら話しかけてこない	28(7.2)	120(31.0)	200(51.5)	37(9.5)	3(0.8)
	汚されることを極端に嫌う	37(9.5)	96(24.7)	206(53.1)	48(12.4)	1(0.3)
	検査や処置の訴えが多い	37(9.5)	112(28.9)	190(49.0)	44(11.3)	5(1.3)
	同じことを何度も繰り返して話してくる	31(8.0)	97(25.0)	223(57.4)	34(8.8)	3(0.8)
	助詞が上手く使えないなど文字がきちんと書けない	19(4.9)	82(21.1)	219(56.4)	60(15.5)	8(2.1)
親の養育態度						
	子どもを抱っこしようとしらない	215(55.4)	148(38.1)	24(6.2)	1(0.3)	0
	子どもの状態に対する親の説明が矛盾している	207(53.4)	155(39.9)	24(6.2)	2(0.5)	0
	必要な予防接種や訓練を受けさせていない	210(54.1)	142(36.6)	33(8.5)	3(0.8)	0
	子どもを怒鳴りちらしている	160(41.2)	183(47.2)	43(11.1)	2(0.5)	0
	普段の子どもの様子を曖昧にしかこたえられない	123(31.7)	215(55.4)	46(11.9)	4(1.0)	0
	子どもの病気や発達の遅れに対する心配を訴えない	159(41.0)	162(41.7)	66(17.0)	1(0.3)	0
	子どもを気にかげず携帯ばかりをいじっている	119(30.7)	189(48.6)	72(18.6)	8(2.1)	0
	親子のアイコンタクトがない	135(34.8)	163(42.0)	81(20.9)	8(2.1)	1(0.3)
	子どもの動きを目で追わない	102(26.3)	192(49.4)	85(21.9)	8(2.1)	1(0.3)
	子どもに対して否定的な発言が多い	106(27.3)	184(47.5)	92(23.7)	6(1.5)	0
	子どもの受診予約をよくキャンセルする	123(31.7)	163(42.0)	90(23.2)	9(2.3)	3(0.8)
	子どもの側からすぐに離れる	91(23.5)	181(46.6)	107(27.6)	9(2.3)	0
	親の生活に子どもを合わせようとする	64(16.5)	188(48.4)	123(31.7)	12(3.1)	1(0.3)
	泣いている子どもに上手く対応できない	72(18.6)	176(45.3)	126(32.5)	14(3.6)	0
	着替えなど必要なものが足りない	79(20.4)	161(41.5)	130(33.5)	18(4.6)	0
	子どもがグズった時に上手くかわれない	61(15.7)	171(44.1)	139(35.8)	17(4.4)	0
	緊急入院や外来受診が多い	77(19.8)	144(37.2)	139(35.8)	25(6.4)	3(0.8)
	離れたところから子どもに指図する	48(12.4)	150(38.7)	164(42.3)	21(5.4)	5(1.3)
	子どもを飾り付けるなどアクセサリ感覚で扱っている	44(11.3)	139(35.8)	176(45.5)	23(5.9)	6(1.5)
	子どものベッド柵をするのを何度も忘れる	48(12.4)	129(33.2)	189(48.7)	19(4.9)	3(0.8)
	決められた子育てに固執する	47(12.1)	120(30.9)	192(49.5)	28(7.2)	1(0.3)
	子どもの世話より医療処置を行おうとする	33(8.5)	103(26.5)	217(56.0)	29(7.5)	6(1.5)
家族背景						
	他機関や他部署から要注意との連絡があった	309(79.6)	74(19.1)	4(1.0)	1(0.3)	0
	無計画に妊娠・出産をしている	133(34.3)	150(38.7)	99(25.5)	4(1.0)	2(0.5)
	6か月以上の母子分離経験がある	121(31.2)	161(41.5)	96(24.7)	10(2.6)	0
	支援者がいない	125(32.2)	150(38.7)	99(25.5)	13(3.4)	1(0.3)
	定職をもっていない	103(26.5)	163(42.1)	103(26.5)	17(4.4)	2(0.5)
	親が20歳未満である	93(24.0)	145(37.4)	132(34.0)	13(3.4)	5(1.3)
	継父である	66(17.0)	148(38.1)	152(39.2)	20(5.2)	2(0.5)
	転居多い	60(15.5)	105(27.1)	187(48.2)	32(8.2)	4(1.0)

活背景〉の項目では、「他機関や他部署から要注意との連絡があった」で80%近くの小児看護師が「かなり重視する」と回答しており、非常に高い重視度を示した。しかし、それ以外の項目では25%程度以上が「どちらともいえない」と回答し、「転居が多い」を重視する割合は50%に満たず、「継父である」「親が20歳未満である」でも50～60%程度であった。

3. 子どもと親の言動に関する項目の因子分析と因子合計得点の比較

59項目の因子分析（主因子法、プロマックス回転）の結果を表2-3に示した。分析に先立ち天井効果が認められた6項目および、因子負荷量が.40以下となった項目を除外し、相関行列の固有値が1より大きいものを因子数として因子分析を繰り返し行った。最終的に29項目4因子を抽出し、各因子の項目間のCronbach α 係数は.887～.841であった。抽出された4因子は【未熟で要求の多い親】【不安定な生活基盤・家族の生活背景】【極端な愛着行動を示す子ども】【子どもへの関心が低い親】と命名した。各因子の合計平均点の比較は表2-4に示した。平均点が高かったのは、【子どもへの関心が低い親】3.91(±0.55)、【不安定な生活基盤・家族の生活背景】3.85(±0.65)であった。最も点数の低かったのは【未熟で要求の多い親】3.40(±0.61)点で、他の3因子と比べ有意に低かった($p<.001$)。また【極端な愛着行動を示す子ども】も3.59(±0.63)と【子どもへの関心の少ない親】【不安定な生活基盤・家族の生活背景】に比べ低かった($p<.001$)。

4. 重視度へ影響を及ぼしている背景要因

各因子合計点を目的変数、対象者の背景要因を説明変数として重回帰分析を行った結果を表2-5に示した。4因子全ての重視度に影響を及ぼしていたのは、子ども虐待への関心と虐待対応のチェックリストの存在であり、関心が高い程、また、チェックリストが存在している方が重視

表2-3 子どもと親の言動項目の因子分析		(主因子法、プロマックス回転)			
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子 未熟で要求の多い親($\alpha = .887$)					
	同じことを何度も繰り返して話してくる	.843	.003	-.092	-.008
	不満や苦情をよく訴えてくる	.777	-.052	-.053	.096
	助詞が上手く使えないなど文章がきちんと書けない	.683	.144	-.079	-.050
	馴れ馴れしかったり、拒否したり対人関係の取り方が極端	.681	.027	.063	-.012
	検査や処置の訴えが多い	.657	-.012	.119	-.037
	親自身が注目を集めるような行動をとる	.628	.039	-.049	.073
	汚されることを極端に嫌う	.495	.143	.206	-.035
	医療者に自ら話しかけてこない	.421	-.025	.244	.111
第2因子 不安定な生活基盤・家族の生活背景($\alpha = .873$)					
	定職をもっていない	.011	.826	-.047	-.009
	初産が20歳未満である	-.134	.768	.049	.074
	支援者がいない	-.023	.754	-.032	.137
	無計画に妊娠・出産をしている	.043	.651	-.068	-.005
	転居が多い	.291	.568	.053	-.077
	親子が6か月以上分離していた経験がある	.057	.534	.062	.056
	継父である	.115	.531	.052	-.078
第3因子 極端な愛着行動を示す子ども($\alpha = .856$)					
	年齢にそぐわず行儀がよい	.091	.012	.798	-.181
	痛みがあるはずなのに痛みを訴えない子ども	-.101	.013	.701	.065
	初対面にもかかわらずベタベタとくっついてくる子ども	.077	.057	.685	-.128
	医療者には反抗的だが親には逆らわない	-.053	.029	.677	.076
	すぐに「ごめんなさい」と謝る子ども	-.119	-.005	.649	.111
	親が離れても全く平気な幼児	-.023	.111	.601	.126
	甘えが強い	.276	-.269	.491	.069
第4因子 子どもへの関心が低い親($\alpha = .841$)					
	携帯ばかりをいじっている	-.027	.068	-.147	.763
	離れたところから子どもを指図する	.208	-.108	-.005	.643
	子どもの病気や発達の遅れに対する心配を全く訴えない	-.111	.119	.052	.615
	子どもの様子を曖昧にしか答えられない	.014	-.021	.097	.574
	親の生活に子どもを合わせようとする	.195	-.022	.027	.561
	幼児の動きを目で追わない	-.115	.044	.219	.546
	子どもをアクセサリー感覚で扱っている	.245	.063	-.063	.451
因子相関行列					
	第1因子		.585	.654	.663
	第2因子			.516	.604
	第3因子				.601

表2-4 因子合計平均得点の比較					n=388
因子	平均値	標準偏差	F値		多重比較
第1因子 未熟で要求の多い親	3.40	±0.61	59.87***		第1因子<第2因子*** 第1因子<第3因子*** 第1因子<第4因子***
第2因子 不安定な生活基盤・家族背景	3.85	±0.65			
第3因子 極端な愛着行動を示す子ども	3.59	±0.63			
第4因子 子どもへの関心が低い親	3.91	±0.55			第3因子<第2因子*** 第3因子<第4因子***
注) 多重比較: Bonferroni法 *** P<.001					

度は高いという結果であった ($p<.001\sim p<.05$)。さらに、【未熟で要求の多い親】【不安定な生活基盤・家族の生活背景】【極端な愛着行動を示す子ども】の重視度には小児看護経験年数が正の影響を及ぼしていた ($p<.01\sim p<.05$)。調整済み R^2 は【不安定な生活基盤・家族の生活背景】において 0.153 であり、その他の 3 因子は .1 以下であった。

第 4 節 考察

ほとんどの小児看護師が被虐待児に関わった経験をもっているという結果からも、彼らの入院は特別ではなく、日常的に対応しなければならない問題として認識されてきていることが窺える。支援の必要性を包括的にアセスメントするために、小児看護師の子どもと親の言動に対する重視度の特徴とその影響要因を明らかにし、今後の課題を考察する。

表2-5 因子合計得点に影響を及ぼす背景要因								
	未熟で要求の多い親		不安定な生活基盤・ 家族の生活背景		極端な愛着行動を 示す子ども		子どもへの関心が低い親	
	β 値		β 値		β 値		β 値	
子ども虐待への関心	.179	***	.297	***	.163	***	.246	***
虐待対応のチェックリスト	.142	**	.167	***	.122	*	.116	*
小児経験年数	.137	**	.112	*	.145	**		
調整済みR ²	.085		.153		.075		.078	
F値	13.053	***	24.284	***	11.458	***	17.296	***
注) 1) 虐待対応チェックリストあり: 1, それ以外0 子ども虐待への関心 非常にあり: 1,それ以外0								
2) 有意であった背景要因のみ表示 3)有意確率 ***P<.001,**P<.01,*P<.05								

１．重視度が高かった子どもと家族の言動

今回の調査で重視度が高かった子どもや親の不審な外傷、親の説明が矛盾していること、さらに子どもを抱こうとしない、必要な医療を受けさせていない親の養育態度は、虐待を受けている危険性の高い子どもと親にみられる特徴的な言動であった。これらは身体的虐待やネグレクトを直接イメージさせる言動でもあり、小児看護師はこれらへの重要性は認識していた。また、「他機関や他部署から要注意との連絡があった」家族への重視度も高く、従来から指摘されている機関や病院内における連携の重要性が再確認できた。

２．子どもの言動に対する重視度の特徴

因子項目の平均点の比較から、【子どもへの関心が低い親】【不安定な生活基盤・家族の生活背景】よりも子どもの言動への重視度は低いことが示された。このことは、子どもの言動の意味を理解する難しさを示していると推察する。子どもは疾患や治療に伴う不快感、痛みなどの身体への侵襲、環境の変化や家族との分離による心理的混乱が生じやすく、その反応として攻撃的な行動、激しい感情表出、忍耐や我慢など普段とは異なった行動を示すことはこれまでの研究から明らかになっている（村田, 2005; Miiller, Harris & Wattley, 1986 梶山・鈴木訳 1988）。それゆえ子どもが気になる言動を示していたとしても、不適切な養育の影響と捉えるより病気や入院に起因するものと判断してしまう傾向があるのではないかと考える。実際に子どもの言動のみから不適切な養育状況との判別をすることは非常に難しく、「どちらともいえない」と曖昧な回答が多かったこともそのことが関係していると推察する。柳川他(2008)のガイドラインには養育支援を必要とする家族として、長期入院の子ども、先天性疾患、慢性特定疾患、障害をもつ子ども、退院後に医療ケア

を必要とする子どもの家族があがっており、小児看護師が会える多くの家族が当てはまる。したがって小児看護師は、子どもの言動を疾患や入院に起因するものといった見方と同時に、養育上支援を必要としている家族のサインではないかとの見方ももち、家族の言動や生活背景にも観察の視点を広げる必要がある。

３．顕在している問題と潜在している問題への重視度

日常の関わりの中で見えやすく、支援を必要としている親であるとの認識をもちやすい【子どもへの関心が低い親】の重視度は高く、具体的な項目からも身体的虐待やネグレクトを直接イメージできるような項目への重視度が高かった。一方、一見虐待とは無関係で、潜在的な意味をもつ子どもや親の言動への重視度は低いという結果であった。例えば、「親よりしっかりしている」「年齢にかかわらず行儀がよい」といった子どもは、大人からすれば問題のない扱いやすい子どもと捉えられやすいが、親からの厳しいしつけや不適切な関わりの結果を意味していることがある(西澤,1994)。杉山(2008)は被虐待児の8割程度が何らかの多動、衝動的行為、不注意を示すことを明らかにしており、「かんしゃくをおこしやすい」「多動で落ち着きがない」といった行動と虐待環境との関連を示唆している。また、「同じことを繰り返し話してくる」「検査や処置の訴えが多い」親の様子は、依存欲求の強さの表れであり、虐待傾向にある親の特徴とされている(郭,1997)。これらより、小児看護師は子どもや親の言動に対する理解を深め、気づきを高める必要がある。

４．家族の生活背景に対する重視度

【不安定な生活基盤・家族の生活背景】は、他の因子の平均点と比べると高いという結果であったが、この因子に含まれている項目は虐待のハイリスク要因であり(市川,2006;大阪府健康福祉局,2012;日本看護協

会編,2003)、より高い重視度を示すことが予測された。しかし、各項目の重視度をみても決して十分とはいえず、なかでも「転居が多い」「継父である」「親が20歳未満である」への重視度は予想以上に低かった。小出・猫田(2007)の行った保健師を対象とした調査においても同様に「転居」「継父」への重視度は低く考慮すべき点である。居所を転々とする家族が貧困や孤立と密接にかかわっていることや、中途養育には親子関係形成に至る過程の難しさがある(津崎,2009)との見方をもっと強調する必要がある。若年妊娠に関しては保健師や助産師は重視しているリスク因子であるのに対し(中尾・山田裕・岩永・山田新,2001)、小児看護師の重視度は低く、家族の生活背景に対する評価の不足を示しているといえる。これまでの小児看護師の役割を考慮すると、この結果はある意味当然であるといえるのかもしれない。しかし、子育て支援や虐待予防に小児看護師が積極的にかかわるためには、社会的背景に関心や注意が向けられるような仕組みを検討する必要がある。

5. 子どもと親の言動に対する重視度と背景要因との関係

重回帰分析の結果から看護師の背景だけでは子どもと親の言動に対する重視度を予測・説明するには十分とは言えず、結果の解釈には限界がある。しかしながら子ども虐待への関心、チェックリストの存在、小児看護経験年数が子どもと親の言動への重視度に寄与していることが見出された。看護師の虐待への関心が重視度に影響していたことはある意味当然の結果と言えるが、看護師の関心を高めることが虐待の予防に重要であることが示唆された。関心を高めるためには、自分に身近な問題として子ども虐待を捉えられるよう、経験と知識が必要である。特に、理論的知識より実践的知識が優先している中堅看護師(藤内・宮腰,2005)を対象とした研修や学習会が有効であると考えられる。また、チェックリス

トの存在自体が子どもと親の言動に注目を向ける可能性が示された。特に経験の浅い看護師は「観察の視点が狭く」、「意味ある手がかりに気づかない」、「顕在した情報からのみ判断」する傾向があるため、一定の基準をもつチェックリストを使用することは、観察の視点を明確にするとともに症状以外の子どもの様子や家族の言動、生活背景へと観察の視点を広げ、家族に目を向ける機会を増やすという意味では有効であると考ええる。

第 5 節 ま と め

1. 今回の調査対象病院の 61.6%に虐待対策委員会が設置されていたが、虐待早期発見のためのチェックリストが「ある」と回答したのは 27.8%と 3 割にも満たなかった。
2. 89%の看護師が虐待された子どもに関わった経験をもっていたが、関わった子どもの人数は「5 人未満」が 39.0%、「5～15 人未満」が 32.9%であった。
3. 「不審な外傷」、「家族の説明が矛盾している」、「子どもを抱こうとしない」「必要な医療を受けさせていない」「他機関や他部署から要注意との連絡がある」など虐待をイメージしやすい項目に対する小児看護師の重視度は高かった。
4. 一方、虐待やネグレクトとは無関係に見え、言動の意味の理解を必要とする子どもと親の言動に対する小児看護師の重視度は低かった。
5. 子どもと親の言動の重視度に関する因子分析の結果、【子どもへの関心が低い親】【不安定な生活基盤・家族の生活背景】【極端な愛着行動を示す子ども】の 4 因子が抽出された。

6. 虐待早期発見のためのチェックリストと子ども虐待への関心が

子どもと親の言動への重視度に関連していた。

本調査において、子どもと親の言動に対する重視度の項目として 59 項目を用いたが、小児看護師が注目すべき視点を全て網羅しているとはいえず、一般化には限界がある。また、回答に偏りがあり、設問順によって対象者の選択が左右された可能性も否めない。対象者の回答を偏りなく得るためには、選択肢の設定や設問順の検討を行う必要がある。

今回の結果は、小児病棟や外来における不適切な養育に対する予防的視点の必要性といった今後の小児看護の方向性に多くの示唆を与えてくれている。虐待予防に向けた支援の必要性の認識と子ども虐待への関心を高めるための具体的方策について検討をしていくことが今後の課題である。

健康障害をもつ子どもを抱えている家族の中には、支援を必要としている家族は多い。受診や入院は、そのような家族が発している SOS をキャッチする機会であると捉え、子どもや家族の日常に関わっている小児看護師が彼らの言動に敏感になる必要がある。小児看護師には、虐待かどうかを判断するというよりも、支援を必要としている家族の SOS に気づき、必要な支援をアセスメントし、適切な継続支援につなげることのできる力が求められている。

第3章 小児看護師が抱きやすい感情・認知とその変容をもたらす要因

第1節 問題と目的

虐待という行為は子どもにとって重大な脅威である。特に入院を要する状況の子どもは死の恐怖、深刻な負傷やその危険性に直面している。たとえそこまでに至らなくても、依存対象である親からの攻撃は、子どもにとって外傷後ストレス障害（Post traumatic Stress Disorder:以下、PTSD）を引き起こす体験として、子どもに重大な影響を与える。援助者が PTSD をもつ子どもに関わる時、自身に体験がないにもかかわらず、子どもと同じような感情や反応を示すことが知られている。これを二次的外傷性ストレス（Secondary Traumatic Stress; 以下、STS）とよぶ（Figly, 1999）。対象に共感的に関わるほど STS 受傷のリスクは高く、その影響で身体反応が生じ、援助者の専門性や一個人の生活にも支障をもたらす（Rowse, 2009）。さらに、このような共感疲労の状況が解消されずに長期に蓄積されることで、心的エネルギーは枯渇しバーンアウトのリスクも増大する（大澤, 2002）。とりわけ、共感性を要求される援助者は STS の影響を受けやすい。

虐待を受けた子どもをケアする援助者が経験する STS や共感疲労、バーンアウトに関連した研究は児童福祉施設の職員を対象にしたものが多い。藤岡（2006）はバーンアウトが起こる前に共感疲労が高くなる可能性を示している。また、子どもとの関係が不安定な職員は共感疲労が強いこと（篠崎, 2007）、施設職員は「怒り」「葛藤」「無力感」を抱えながら子どもに対応していること（坪井・三後, 2011）、男性職員に比べ女性の方が否定的な感情をもちつつ、共感的に対応しており、無力感や不全感を抱きやすいことが報告されている（伊東・犬塚・野津・西澤, 2003）。

一方、病院の小児看護師 228 人に対して、ストレッサーとなる出来事

について調査したところ、「子どもへの性的虐待」、「子どもの死」、「原因不明の子どもの怪我」が、ストレスとなる危機的出来事 29 項目中それぞれ 1 位、2 位、4 位を占めており (O'Connor, & Jeavons, 2003)、虐待は看護師にとってストレスフルな出来事であることを示している。看護師のバーンアウトの実態やその関連要因を明らかにした研究は数多くみられている(李, 2012; 佐藤・宮本, 2005; 緒方・永野, 2012; 義本・富岡, 2006)。しかし、いずれも STS の視点から示された研究ではない。わが国における看護師の STS に関する研究は、性暴力被害女性をケアした看護師の実態調査(片岡・下谷・加納・大竹, 2004)、暴力や自殺などを目にする機会の多い精神科看護師を対象とした調査(富川, 2008; 大江・入江, 2009)に限られ、虐待された子どもをケアする看護師の STS 体験に焦点化した研究はない。STS は虐待された子どもと関わる上で避けられない問題である。STS を受傷した看護師が回復に向けた支援を受けることなしに自身に生じた否定的な感情や認知を放置することは、子どもへの適切なケアの提供を難しくするだけでなく、ケア提供者である看護師自身にも大きな影響を及ぼす。そのため、虐待を受けた子どもと親をケアする小児看護師が最優先すべきことは、自身の否定的な感情の由来を理解しそれを調整することである (Smith, 1989)。

そこで本調査では、虐待を受けて入院した子どもをケアする小児看護師への支援方法を探るため、被虐待児との関わりの中で自身に生じる感情や認知とその変容をもたらす要因を明らかにすることを目的とする。

第 2 節 方法

1. 研究参加者

研究参加者は、常時、被虐待児が入院している病棟に勤務し、彼らの

ケアに 5 年以上携わった経験がある 2 施設の病棟看護師 6 名である。施設長に参加者の紹介を受ける、あるいはネットワーク標本抽出により研究参加者を募った。

2．調査方法

研究参加者に対し、インタビューガイドに沿って 1 時間～1 時間半の半構造化面接を行い IC レコーダーに録音した。

3．面接内容

研究参加者の背景、子どもの様子や言動、関わりで体験した困難についてである。実際に関わった事例を想起してもらいながら自由に語ってもらった。

4．調査期間

2012 年 2 月～6 月

5．分析方法

面接内容を事例毎に逐語録にして繰り返し読み、意味のある文節で区切った。子どもとの関わりで生じた看護師の感情や認知と、その変容に関連していると思われる要因を示す部分を抜き出しコード化した。コードの意味の類似性や相違性に留意し、サブカテゴリーを生成し、生データとの整合性を確認した。サブカテゴリー間の関係性を考慮しながらカテゴリーを抽出した。臨床心理士にスーパーバイズを受けながら分析を行い、結果は研究参加者 1 名および小児看護研究者に確認を受け、その妥当性を確保した。

6．用語の定義

認知：被虐待児との関わりで生じた子どもや他者、自己に対する見方や考え方

感情：被虐待児との関わりで生じた気分

7. 倫理的配慮

調査依頼を行った施設の責任者または看護部長および、研究参加者に対し、調査の趣旨、方法を説明し、調査への参加は任意であること、データの守秘性、匿名性は厳守すること、面接内で特定の個人情報が出た場合にはデータから削除すること、結果は論文や学会発表以外には用いないことを、文書を用いて口頭で説明し同意書に署名を依頼した。本調査は武庫川女子大学研究倫理委員会（承認番号 014）の承認を得ている。

第3節 結果

1. 研究参加者の背景

研究参加者は、小児看護経験平均年数が10年（6-20年）であり、被虐待児をケアした経験は平均7年（6-9年）であった。参加者の勤務病棟には、常時、複数の被虐待児が入院しており、参加者は病棟でリーダー的役割を担っていた（表3-1）。

表 3-1 研究対象者の背景

	看護経験年数	所属病院・部署	備考
A	15 年	小児専門病院・病棟	虐待対応委員・管理職
B	20 年	小児専門病院・病棟	管理職
C	11 年	小児専門病院・病棟	
D	6 年	小児専門病院・病棟	
E	8 年	小児専門病院・病棟	
F	10 年	小児専門病院・病棟	管理職

2. 被虐待児との関わりで生じた感情や認知

被虐待児との関わりの中で看護師は、【これまでの子どもとは違う反応】 【ケアへの戸惑い】 【看護への自信の揺らぎ】 【子どもから距離がとれない】 【子どもへの拒否感・嫌悪感】 【否定的な感情を抱くことへの罪悪感】 【無力感】 【周囲からの孤立感】 【心理的極限状態】 【限界を認めケアの意味を見出す】 の 10 カテゴリーと 42 サブカテゴリーを抽出した(表 3-2)。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、参加者の言葉は「 」で示す。

1) これまでの子どもとは違う反応

被虐待児への関わりは多くの看護師にとってインパクトのある出来事であることが表現されていた。要求が通らないと容易にパニックを起こす、誰彼なく馴れ馴れしくするなど愛着に問題を示す行動など、さまざまな様相を呈する子どもに対し小児看護師は【これまでの子どもとは違う反応】に驚きや混乱を経験した。

「愛着障害の子はすぐべたべたって・・・離れない。平気で（親から）離れて、誰にでも馴れ馴れしいっていうのは普通じゃないなっていう感じで、すごく特徴的だなんて。(中略)不安の表し方がやっぱり下手くそだし、おかしい表し方をしていますよね」(看護師 B)

「例えば、朝出勤して、子どもに『おはよう』と言っても、シーンって・・・もうすごい目で見られる。特有のね」(看護師 C)

「要求が通らんと暴れる、暴れる。パニック起こすって感じで・・・」
(看護師 E)

表 3-2 小児看護師に生じる認知や感情

カテゴリー	サブカテゴリー
これまでの子どもとは違う反応	普通と違う子どもの反応 相手をみて敏感に反応を変える 悪意が滲み出ている 問題行動を頻発する
ケアへの戸惑い	子どもの行動の意味が理解できない 間違った関わりに対する不安がある 一般的な関わり方が通用しない 手探り状態での関わり 問題行動や病棟ルールに翻弄される
看護への自信の揺らぎ	これまでの関わりでは通用しない 関わりが上手くいかない これまでの看護観が揺るがされる
子どもから距離がとれない	子どもへの過剰な責任感 子どものことが頭から離れない 冷静な判断ができない 自身に起こっていることが理解できない 子どもの状況に感情が左右される
子どもへの拒否感・嫌悪感	子どもに関わりたくない 子どもの言動に怒りやいらだちを覚える 子どもを可愛いと思えない
否定的な感情を抱くことへの罪悪感	否定的感情への自己嫌悪 苦しくてもケアを投げ出せない 自身のつらさを口に出せない
無力感	ケアの成果を実感できない 子どもに変化がみられない ケアに限界を感じる 退院すれば同じことの繰り返し
周囲からの孤立感	同僚からの言葉や態度を否定的に捉える 子どもと共に周囲から責められている感覚 他のスタッフへの敵対視 孤独を感じる
心理的極限状態	全てをシャットアウトしたい 子どもや虐待の場面が頭から離れない 爆発した陰性感情を被爆した感覚 エネルギーを吸い取られる感覚 追い詰められている感覚
限界を認めケアの意味を見出す	子どもへの気負いが減少する ケアの限界を受け入れる 関わりは子どもにとっての意味がある 子どもには寄り添う大人の必要性 子どもの成長の可能性を信じる 子どもの変化には時間が必要

2) ケアへの戸惑い

最初は、このような子どもたちの行動が何を意味するのか、彼らに何が起きているのかが理解できず、<子どもの行動の意味が理解できない><間違っただけの関わりに対する不安がある>など、どのように関わればよいかと【ケアへの戸惑い】を感じながら、手探りの状況で子どもたちに関わっていたことを語った。

「それこそ最初は本当に(子どもへの関わり方が)何も分からなくて。もともと看護って、その患者さんが求めてきたときにはすぐ対応する、苦痛を緩和するというのがベースにありますよね。私は一般科でずっとそのようにやってきているので、それをベースに考えていたと思う。(ここの子どもたちに必要な関わりは違っていた。) 最初はおそらく適切な関わり方ができていなかったんじゃないかな。」(看護師 F)

「例えば、身体的な管理とかだったら、ベテランの人がテキパキやっているのを見て、ああ、こうしたらいいんだっていうのは、子どもの反応を見ながら身に付けられるんじゃないかって。(中略)(だけど、この子たちの場合は)何であの人が言ったときにはずっと入って、私が言ったときにはあんなに反発したんだろうって……。 (どうかかわっていいのかわからなかった)。」(看護師 C)

3) 看護への自信の揺らぎ

また、このような日々の連続の中で、<これまでの関わりでは通用しない>という、これまでの体験から培ってきた看護観が揺さぶられるといった【看護への自信の揺らぎ】を語る者もいた。

「自分が(彼らへのケアの)やり方が分からないから、上手いことってないんだ、みたいなことを考えてしまっていた。」(看護師 F)

「(どう関わっていいか)分からなくて、ショックでしたね。私、ここで、
ここでっていうか、「小児科、私、無理?」「無理なの?!」っていうぐ
らい、すごい揺らぎました。」(看護師 C)

4) 子どもとの距離がとれない

子どもから期待する反応が返ってこないことに対し、小児看護師は自分の能力の不足と捉えてしまい、自己の専門性をも揺るがされる経験をしていた。子どもが起こす問題行動の対応に明け暮れ、子どもの行動の意味が理解できず、適切な関わり方もわからず、日々苦悩の連続であったことが読み取れる。また、子どもの様子に「私が何とかしなくては」と〈子どもへの過剰な責任感〉を抱いたり、〈子どものことが頭から離れない〉など【子どもとの距離がとれない】状況に陥っていた。

「ちょっと距離を取りたいっていうのはあったと思いますね。うん。そうですね。もう、お願いだから、『ちょっとだけでも自由にして』みたいな。受け持ちの子どもがすると、もう耳がそっちへ行っちゃって、他の子の記録を読んでも頭に入っていないみたいな。あれ何でしょうね。自分でもちょっと分かりませんけど。」(看護師 F)

「子どもに対しては、私がこの子を守らなければならない感じに。」
(看護師 B)

5) 子どもへの拒否感・嫌悪感

〈子どもに関わりたくない〉〈子どもの言動に怒りやいらだちを覚える〉など【子どもへの拒否感・嫌悪感】を抱く看護師もいた。

「言っても無駄なのに、そういう知識がないために、言ったりとか、巻き込まれて……。子どもの行動に本当に腹が立つという感じが前に出てくるっていうそんな感じでした。」(看護師 E)

「(子どもを) 何とかしたいし、いい方向に進むようにできれば・・・
と思っているのに。ああ、もう本当、今日私はこの子と話したくないとか、もうこんな目で見られたくないとか。」(看護師 C)

6) 無力感

また一方で、懸命のケアにも拘わらず、〈ケアの成果が実感できない〉など【無力感】にも苛まれていた。

「他(の子たち)と違って、何かこうよくなったのか、よくなっていないのかも分からなくて、その子たちが、例えば入院で護られていても、また危険な家庭に帰っていく。弱肉強食の施設に帰っていくっていう・・・。」(看護師 B)

「そういうの(ケアしても退院してまた再入院)の繰り返しを、みんなたぶん、その何て言うんだろう。不完全燃焼だったケースの方が、9割ぐらいそうでしょうね。だから、やっぱりしんどくなってきちゃいますよね」(看護師 C)

7) 否定的な感情を抱くことへの罪悪感

このような負の感情を体験しながらも、依存対象である親から虐待を受けてきた子どもに【否定的な感情を抱くことへの罪悪感】を感じ、誰にも話すことができなかったという思いも語られた。

「(しんどくなって受け持ちを変えることは) やっぱり自分も、何か途中で投げたみたいになるのも嫌ですし・・・」(看護師 F)

「(子どもに関わるのが) つらいから嫌だとかって・・・。ナースだからなのか、自分の考え方なのか、その子どもに向き合うのがちょっとつらいわっていうのは、言いにくい自分もあったりして。こんだ

けっらい、こんだけ大変な思いをした子が目の前にいるのに、それ
(自分が子どもに嫌悪を感じることは) ないだろうみたいな感覚も
あって。」 (看護師 B)

8) 周囲からの孤立感

自身に生じる否定的な感情を表出できない状況が続いたり、子どもの
状態が好転しないことを自己の責任と感じ、【周囲からの孤立感】を強
めるようになった者もいた。

「受け持ちナースと主治医がちょっとオールグッドな感じで、スタッ
フの中の一部がオールバッドみたいな感じになっていて、ナース間
がすごく関係が悪くなってしまって。受け持ちナースは子どもに厳
しくするスタッフに対して、陰性感情をもつという感じで、受け持
ち看護師もどんどん孤立していつてしまっていました。」(看護師 F)

「周りの人が何て言うんだろう。「あの子問題児」のように見ているの
を、自分も一緒に責められている感じで。決してそうではないけど、
何かそういう気分になって。その子どもと一緒に、自分も何となく
孤立感を感じていて。孤立しているわけではなくても、孤立感をす
ごく感じちゃっていました。」(看護師 B)

9) 心理的極限状態

〈全てをシャットアウトしたい〉などと【心理的極限状態】とまで感じ
られる状態に追い詰められたことを語った。

「休みの日に買い物に行って、子どもと親がギャアとか言ってやり合
っていたり、『早くしなさい』みたいなのを聞くと、もうなんかそう
いうのをシャットアウトしたいみたいな感じになるぐらいでした。」
(看護師 C)

「実はあのとき(最初は)、すごく子どもたちが夢に出てきたりしていた。自分は体験していないのに、子どもから聞いた虐待の場面とか、カルテの生々しい……。そういうのを、すごい悪夢で見ている。」
(看護師 C)

10) 限界を認めケアの意味を見出す

被虐待児との関わりは看護師自身の専門性と個人の生活に大きな影響を与えていたことが明らかになった。しかし、参加者の多くは、【限界を認めケアの意味を見出す】という肯定的な認知変容を示した。

「(子どもとの関わりの中で、私が何とかしなくてはという思いだったのが、) いい意味で子どもを何とか変えようと思わなくなったんです」
(看護師 B)

「(ある出来事で子どもの成長を目の当たりにした時に) 子どもにとって無駄な関わりはないと思えた」 (看護師 D)

3. 認知や感情の変容をもたらした要因

小児看護師の感情や認知に変容をもたらした要因として【知的理解】【子どものことがわかるという体験】【看護師自身が安全と感ずることのできる環境】【ケアの構造化】【チームの見守り】の5カテゴリーと13のサブカテゴリーを抽出した(表3-3)。

1) 知的理解

このカテゴリーは看護師が被虐待児をケアする上で、勉強会や研修会などを通じて、事前に理解が必要と捉えていた内容である。〈子どもの言動の意味を理解する〉こと、〈子どもへの関わり方を理解する〉こと、〈看護師に生じる感情の由来を理解する〉ことを抽出した。

「(子どもへのネガティブな)考えを転換させたのは知識だと思います。知識

を得たことで子どもをみる目線とかも変わっていったので。(中略) 最初は子どもの行動はわがまま以外なにものでもないと思っていて、そういう考えでいるから腹が立つし、完全に彼らに巻き込まれていってしまいました」(看護師 E)

「子どもたちに必要なケアというのはもちろんだけど、看護師がどうなるかっていうことについても医師たちから予備知識を得て、勉強会とかでだんだんと自分も落ち着いていったような感じはありました。やっぱり最初に知らなかったというのはすごい大きかったと思います」(看護師 C)

2) 子どものことがわかるという体験

このカテゴリーは、被虐待児に関わった経験から、〈身体で感覚的に子どもの反応がわかり〉、〈経験の中で関わり方がわかり〉、これまで見えなかった〈子どもの成長を実感する〉ことができるといった【子

表3-3 認知・感情の変容をもたらした要因	
カテゴリー	サブカテゴリー
知的理解	子どもの言動の意味を理解する
	子どもへの関わり方を理解する
	看護師に生じる感情の由来を理解する
子どものことがわかるという体験	身体で感覚的に子どもの反応がわかる
	経験の中で関わり方がわかる
	子どもの成長を実感する
看護師自身が安全と感ずることのできる環境	物理的な安全を守る
	感情を表出することのできる病棟環境をつくる
ケアの構造化	ケアの枠組みをもつ
	ケアの核となるものをもつ
チームの見守り	互いの役割を尊重する
	共通認識をもつ
	フォロー体制をつくる

どものことがわかるという体験】を示す内容であった。

「関わる中でいろんな子どもの反応を見てきた。(中略)この子たちって、
こういう特徴とかがあるんだなっていうのが頭でもそうだし、身体で
感覚的に理解したら、思うような反応が返ってこなくても、そんなに
自分が揺るがなくなるっていうか、まあそういう反応もありだろうな
って思えるようになりました」(看護師 C)

「何年も同じことの繰り返しだと、だんだん自分なりに上手に(子どもと
の)距離を取れるようになっていくんですね。自分も安全に仕事をや
りつつっていうか。でも知識がないと最後のところで子どもへの寄り
添いが十分でないんです。」(看護師 E)

3) 看護師自身が安全と感ずることのできる環境

子どもの自傷他害の行為から彼ら自身や他児の安全はもちろん、看護師自身の〈物理的な安全を守る〉ことは重要であり、小児看護師に生じる否定的なく感情を表出することのできる病棟環境をつくる〉ことの必要性が語られた。

「子どもの暴力行為には理由があって、治療の過程である程度は防ぎ得ずに噴出するときってやっぱりあるんですよ。(中略)だからといって、看護師が暴力を甘んじて受けろっていわれるのはおかしい。自分たちがその職場で安心して働けないと、子どもを安心させるなんて無理で……。スタッフの安全を守ることにすごいエネルギーを費やしたんですよ」(看護師 B)

「今思うと、子どものケアをどうしようかという前に、自分自身の感情をどうコントロールしようかみたいところが一番大変だった・・・(中

略)。子どもから『死ね』と言われた直後に、その子どもから話を聞く気にはなれません。やっぱり、しんどい時に『しんどい』、関わりたくない時に『関わりたくない』と言える病棟風土が必要だと思う」
(看護師 C)

4) ケアの構造化

日常生活の中でルールを作り、その範囲の中でケアをするというように「ケアの枠組みをもつ」こと、「ケアの核となるものをもつ」ことが、看護師自身の心理的助けになっていた。

「性的虐待を受けた子どもには入院の時点から（人との距離の取り方を）きちんと教えていかないと、将来、また穴にはまっちゃう可能性があるからっていうので、抱っこはしないっていうルールがあったんです。（中略）子どもを抱っこすると、やっぱり、ナースの側も心が近くなってしまうし、巻き込まれにもつながっていくと思う」
(看護師 D)

「その病棟で（被虐待児のケアで）何を大切にするか、いつも変わらず芯になるものをもっていないと（ケアに迷い）グラッとなったときに何に返ればいいのかわからなくなるんです。そのときの発言力の大きい人とか、その病棟の雰囲気によって流されてたって思います。」
(看護師 B)

小児看護師の病棟では多くが学童期以上ということもあり、子どもへの抱っこは制限していた。しかし、ケアをする上で大切なことは個々の子どもと向き合うことであるとの考えのもと、毎日1対1で過ごす時間を確保していた。

5) チームの見守り

小児看護師は、頻回にカンファレンスを開いたり、他職種との話し合いの中で〈互いの役割を尊重し〉、子どもと親の理解、ケアの方針、役割分担など〈共通認識をもつ〉ようにしていた。また、客観的な立場から受け持ち看護師を支える役割の看護師を配置して〈フォロー体制をつくる〉ことで、担当の看護師が子どもに支配されるといった「支配―被支配」関係性に陥らないようにし、日々の関わりで困ったときにはいつでも相談できる体制をとっていた。

「なかには(子どもにかかわることが)「嫌だ」ってになってしまう看護師もいますけど、場合によってはその看護師を当日の受け持ちから外して、少し物理的な距離が取れるような配慮をします」(看護師 A)

第4節 考察

トラウマティックな体験をもつ被虐待児との関わりによって小児看護師はさまざまな混乱や戸惑いを経験していた。このような状況を自身の能力不足に起因すると捉え、培ってきた看護観や専門性への自信を揺るがされた看護師もいた。小児看護師が経験した無力感や孤立無援感は、まさに被虐待児の PTSD 症状と酷似しており、STS の受傷に由来するものといえる (Figly. C, R, 1999)。STS からの回復およびその予防に向け、小児看護師へ必要な支援について考察する。

1. 子どもへの共感的理解の必要性

子どもに共感的である看護師ほど被虐待児の PTSD の曝露を受け、STS 受傷の危険性は高まる。しかし、被虐待児のケアは彼らに共感し全てを受容することから始まる。つまり看護師の共感性は被虐待児をケアする上で重要な資質である。そのため STS 受傷による影響は彼らに関わる者

なら誰にでも起こりうることであり、生起する否定的な認知や感情は個人の能力不足や怠慢の問題ではなく、子ども自身がもつ負のエネルギーに由来するものと理解しておく必要がある。さらに、坪井・三後（2011）や加藤（2009）が述べているように、自身に生じる感情が子どもから引き起こされたものであるとの理解を進めるために、被虐待児の行動の意味やその背景にある心理機制等についても【知的理解】を深める必要がある。

小児看護師の語りにみられたような【子どものことがわかるという体験】は、単に子どもの行動の意味や関わりが説明できるという知的な理解だけではない。さまざまな行為を取らざるを得ない子どもの状況や感情など、彼らの背後にあるものに共感することを通して、“全てを受け入れることができる”という過程を含んでいる。共感自体はある意味、直感的で身体感覚的なものであるが、共感的理解はそれを知的作業と結びつける営みである（武井，2012）。つまり、直接的な関わりの体験を通して子どもの感情の動きを感じ取りながら、それが子どもにとって何を意味するのかについて、知識を道具として用いながら客観的に現象を読み取っていくことである。【子どものことがわかるという体験】と【知的理解】の双方を円環させて、子どもへの共感的理解を進めることは、小児看護師の心理的な支援につながるものと考えられる。

2. 揺るがされないためのケアの構造化

被虐待児との関わりは小児看護師の感情を揺さぶる体験であり、ともすると看護師が子どもに支配されるといった「支配-被支配」の関係に引き込まれてしまうことがある。虐待的な環境で育ったが故に子どもは、小児看護師が本当に信頼できる大人かどうかを様々な行動や態度によって探りを入れてくる。このような子どもの試し行動をも受容することで

関係が形成されていく。しかし小児看護師は、子どもとの関係で生起する感情に揺るがされ、子どもを“受容する”つもりが行為の全てを“許容してしまう”という状況に陥ってしまいやすい。このように、“受容”と“許容”の境界が不明瞭な状況での関わりは、子どもの試し行動をエスカレートさせ、両者の関係に悪循環を引き起こす。被虐待児を受容するということは、子ども自身がコントロールできない行動を外的に統制しつつ、そのような行動をとらざるを得ない子どもの気持ちや感情への理解を示すことである。そのためには、やっていいことと悪いこと、看護師ができることとできないことなど、関わりの限界や病棟のルールを明確にするといった〈ケアの枠組みをもつ〉ことは子どもだけでなく、看護師のメンタルヘルスにとっても安定をもたらす。しかしながら、子どもへの共感的理解が不足していると子どものニーズを見失い、規則やルール主義に陥ってしまう危険性ももっている。そのため、子どもとの関わりで何を大切にするのかといった〈ケアの核となるものをもつ〉ことは、ルール主義になることを防ぎ、その時やその場の看護師自身の感情に大きく揺るがされることなく、一貫した関わりを提供するのに役立つ。小此木(1986)は心理的問題をもつ患者への治療を構造化することは対象恒常性へつながるとしている。つまり、一貫性のある態度をもつ人とのやりとりによって患者は「良い対象」のイメージを心の中に存在させ、その人の考え方を取り入れ、自分の行動の指針にすることができるのである。〈ケアの枠組みをもつ〉、〈ケアの核となるものをもつ〉といった《ケアの構造化》は、一貫性や安定性の要素を含んでおり、被虐待児、小児看護師の両者にとって、対象恒常性を体験する重要な手段となる。

3. ケアの前提となる安心で安全な病棟風土

被虐待児へのケアの一貫性を保障するために、子どもと小児看護師の
一対一の緊密な関係維持が重要となる。しかし、小児看護師は「私が何
とかしなくては」との思いを強くし、一人でケアを抱え込み、子どもに
振り回されていることや、疲弊している自己に気づけない状況に陥って
しまうことがインタビューの中で語られた。そのため、自身の客観性を
賦活すること、あるいは職場の上司や同僚など補助自我的な役割を果た
してくれる第三者の存在を必要とする(加藤, 2009; 藤岡, 2006)。さらに、
子どもの理解しがたい言動をチームが共有し<共通認識もつ>、チームが
合意したケア方針に基づく実践といった《チームの見守り》は、小児看
護師の安心感とケアへの自信につながる。

尾高他(2011)が、看護師は自身に生じる陰性感情を出してはいけない
という看護師像にとらわれやすいと述べているように、研究参加者は否
定的な感情を表出することに罪悪感をもっていた。自らの感情に気づく
作業は一人では難しい。働く者同士が安全な場で率直に語り合うだけで
事態は変わってくる(武井, 2012; 尾高他, 2011)。“チーム内ではどのよ
うな感情でも表出してもよい”といった【看護師自身が安全と感ずること
のできる環境】を備えておくことは、被虐待児のケアを行う上での前
提となる。チームメンバー全員が、子どもの行動の意味や子どもとの関
わりで生じる否定的な感情や認知の由来についての【知的理解】を深め、
日々の振り返りを行い、カンファレンスで何でも話し合える病棟風土を
普段から意識しておくことが、【看護師自身が安全と感ずることのでき
る環境】づくりの第一歩になると考える。

第5節 まとめ

本調査の結果の多くが学童期以降の子どもとの関わりの体験から導き出されたものである。また、家族のダイナミックスには触れておらず、結果の言及には限界がある。しかしながら、虐待を受けた子どもへのケア提供者である看護師自身が受ける心理的影響が大きいことを明らかにし、心理的な回復に向けた支援に関する示唆を得ることができた。本調査から以下のことを明らかにした。

1. 虐待を受けた子どもをケアする小児看護師には、【これまでの子どもとは違う反応】 【ケアへの戸惑い】 【看護への自信の揺らぎ】 【子どもから距離がとれない】 【子どもへの拒否感・嫌悪感】 【否定的な感情を抱くことへの罪悪感】 【無力感】 【周囲からの孤立感】 【心理的極限状態】 といった負の認知や感情が生じていた。
2. 小児看護師の否定的な感情や認知は、【限界を認めケアの意味を見出す】 といった前向きな認知へと変容がみられた。その変容に関連していたのは【知的理解】 【子どものことがわかるという体験】 【看護師自身が安全と感ずることのできる環境】 【ケアの構造化】 【チームの見守り】 であった。
3. 直接的な関わりを通して経験する子どもの言動や現象を、その背景にある心理的メカニズムに関する知識を道具として読み解くといった【子どものことがわかるという体験】 と【知的理解】 の円環によって、子どもの理解が深まっていた。
4. 【ケアの構造化】 は一貫性や安定性の要因を含んでおり、子どもにとっても小児看護師にとっても対象の恒常性を体験する手段となる。
5. 自身に生じる負の感情も含め率直に表出できる病棟環境や、子どもを共通理解しチームの合意によって出されたケア方針に沿った実践が

可能になるよう、小児看護師は【看護師自身が安全と感ずることのできる病棟風土】や【チームの見守り】を必要とする。

虐待臨床においては、ケア提供者である看護師への心理的支援は重要な課題である。

第4章 家族の支援に対する小児看護師の自己効力感に影響を与える要因

第1節 問題と目的

これまで、筆者が実施してきた調査結果から、小児看護師の多くが不適切な養育状況の家族の支援に困難感を抱いており、積極的にケアを実践できていない現状が明らかになった（鎌田・石原, 2013b）。これらの状況は、小児看護師の知識や認識、組織の対応システムなどが影響しているのではないかと考えた。

一方 Bandura は、自己効力感を測定することで、困難な状況における行動の選択や努力量、行動の維持などの予測が可能であるとしている（大内, 2004）。よって、不適切な養育状況の家族の支援に対する自己効力感を測定することで、小児看護師の実践における努力量や持続的な行動の予測が可能であると考えた。

不適切な養育状況の家族に対して積極的な支援が可能になるよう、調査では、小児看護師の知識・認識および自己効力感を測定し、小児看護師の自己効力感に影響を与える因子を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

本論文における自己効力感は、「不適切な養育状況の家族との関わりやケアにおける行動の選択や努力量、行動の維持など、自己の行動に対する看護師が抱く可能性の認知」とする。

第2節 方法

1. 調査対象

対象者は、全国の300床以上で子どもが入院する病棟をもつ病院および小児専門病院のうち調査協力に同意が得られた130病院に勤務している小児看護師950名である。

２．調査方法

対象病院の施設長または看護部長に調査協力依頼を行い、承諾を得た病院の小児看護師に対して、看護部を通じて自記式質問紙を配布した。質問紙には調査への協力依頼文を添付し、個別に郵送にて返信ができるよう返信用封筒を同封した。調査期間は 2013 年 12 月～2014 年 3 月である。

３．調査内容

調査項目は、対象者の背景、経験、虐待対応委員会設置の有無、子ども虐待に関する知識（13 項目）、不適切な養育状況の家族に対する認識（29 項目）、支援に対する自己効力感（24 項目）である。子ども虐待に関する知識および自己効力感では、子どもや親の言動の意味の理解とケア、機関連携の方法などを含んでいる。また、認識の項目は、積極的な子育て支援の必要性、機関連携の必要性などである。なお、これらの項目は、本調査に先立ち虐待を受けた子どもの関わりに熟練している看護師への面接調査の結果（鎌田・石原,2013a）と文献検討（市川,2006;大

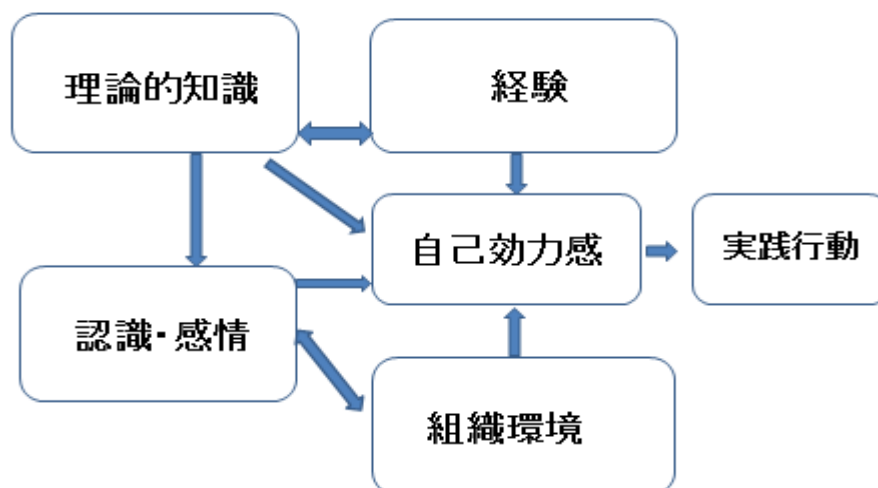


図 4-1 概念枠組み

阪府健康福祉局,2012;日本看護協会編,2003)から抽出した。

子ども虐待に対する知識は「知っている」から「知らない」までの4段階とし、不適切な養育状況の家族に対する認識および支援に対する自己効力感「そう思う」から「そう思わない」まで5段階リッカート法で回答を求めた。全調査項目の単純集計を行い、認識および自己効力感の回答については、「そう思う」「少しそう思う」を肯定意見、「あまり思わない」「そう思わない」を否定意見とした。

4. 分析方法

全ての項目について記述統計量を算出した。子ども虐待の知識については1~4点、支援に対する自己効力感については1~5点を配点し合計点を算出した。家族との関わりでは経験した項目数を経験得点とした。不適切な養育状況の家族に対する認識については、因子分析（主因子法・プロマックス回転）によって抽出された因子毎の得点を算出した。家族支援に対する自己効力感を目的変数、看護師の背景、子ども虐待への知識得点、不適切な養育状況の家族に対する認識を説明変数として重回帰分析（強制投入法）を行った。

5. 倫理的配慮

調査への協力は自由意思であり、拒否や途中で中断しても不利益は被らないこと、調査用紙は無記名とし、調査用紙の返信をもって同意とすること、結果は研究以外に使用しないこと、発表の際には個人情報の保護に努める旨を記載した調査依頼文を同封した。なお、本調査は摂南大学医療研究倫理委員会（承認番号2013-016）の承認を得た。

第3節 結果

1.対象者の背景

950名中538名の小児看護師から有効回答を得、有効回答率は56.6%であった。看護師の小児看護経験年数は1年から35年で平均7.2年(SD6.5)であった。対象者の背景を表4-1に示した。対象者の勤務病院は総合病院が57.8%と6割近くを占め、小児専門病院は17.9%、大学病院は17.3%であった。子ども虐待の関心は「非常にある」が28.7%で、「ある」と回答した者も含めると95.2%が関心を示した。

勤務病院に虐待対応委員会が設置されていると回答したのは40.2%あり、虐待早期発見のためのチェックリストが「ある」としたのは21.1%であった。72.7%が不適切な養育状況の家族と関わった経験をもっていたが、「日常的に関わっている」はわずか7.2%であったのに対し、「年に数例程度」は54.7%であった。また、「子どもの攻撃的・反抗的な言動」を経験したことがあると回答した小児看護師は36.4%、「親の拒否的態度」50.7%、「親の執拗な訴え」30.9%、「子どもや親へのケアに対する無力感」は30.9%であった(表4-2)。

表4-1 対象者の背景		n=538(%)
病院機能		
総合病院		311(57.8)
小児専門病院		96(17.9)
大学病院		93(17.3)
精神専門病院		10(1.9)
その他		28(5.1)
虐待への関心		
非常にある		154(28.7)
ある		357(66.5)
あまりない		21(3.9)
わからない		6(0.9)
虐待対応委員会		
ある		216(40.2)
ない		237(44.1)
わからない		78(14.5)
その他		7(1.2)
早期発見チェックリスト		
ある		113(21.1)
ない		349(65.2)
わからない		66(12.3)
その他		10(1.4)
家族との関わり経験		
日常的にある		39(7.2)
年に数十例程度		58(10.8)
年に数例程度		294(54.7)
ほとんどない		141(26.2)
その他		6(1.1)

表 4-2 小児看護師の経験内容（複数回答）	n=538 (%)	
子どもの攻撃的・反抗的な言動	198	(36.4)
子どもに対する否定的な感情・思い	184	(34.2)
子どもの試し行動	126	(23.4)
子どもの成長した姿や変化（退院後も含む）	126	(23.4)
子どもの解離状態	43	(8.0)
親の否定的態度	273	(50.7)
親の執拗な訴え	166	(30.9)
親の言動の変化	142	(26.4)
親に対する否定的な感情・思い	133	(24.7)
子どもや親へのケアに対する無力感	166	(30.9)
その他	34	(6.3)

2. 子ども虐待に関する知識

子ども虐待に関する知識を問う項目のうち「知っている」と回答した割合が最も高かったのは、「医療者には不適切な養育の家族を通告する義務があること」であった。「知っている」としたのは43.8%であり、「少し知っている」と合わせると79.3%に上った。次いで、「不適切な養育の子どもと親に対する守秘義務より通告義務が優先していること」を「知っている」は38.3%であり、「少し知っている」を合わせ68.2%であった。その他、「知っている」と「少し知っている」の両者を合わせて6割以上を示した項目は、「不適切な養育が子どもに及ぼす影響」（69.3%）と「虐待のリスク要因（家族の生活背景）」（68.7%）であった。

一方、「知らない」「あまり知らない」を合わせた回答の割合が高かった項目は、「子どもや親のケア時に看護師自身に生じる否定的な感情の由来」であり、71.5%に上った。また、「不適切な養育の子どもがパニックを起こした時の対応方法」は69.1%、「医療者に拒否的な親に対する関わり」が60.2%、「不適切な養育の子どもの安全・安心感を高める関わり」は59.8%であった（表4-3）。

表4-3 子ども虐待に関する知識		n=538(%)				
		知っている	少し知っている	あまり知らない	知らない	無回答
1	子どもの虐待の法的定義	65 (12.1)	180 (33.5)	226 (42.0)	65 (12.0)	2 (0.4)
2	虐待のリスク要因(家族の生活背景)	89 (16.5)	281 (52.2)	138 (25.7)	29 (5.4)	1 (0.2)
3	親子の愛着関係のアセスメント	70 (13.0)	219 (40.7)	201 (37.4)	44 (8.2)	4 (0.7)
4	虐待の子どもが示す行動の特徴	75 (13.9)	273 (50.8)	166 (30.9)	20 (3.7)	4 (0.7)
5	不適切な養育が子どもにおよぼす影響	89 (16.5)	284 (52.8)	142 (26.4)	18 (3.4)	5 (0.9)
6	不適切な養育の子どもがパニックを起こした時の対応方法	20 (3.7)	145 (27.0)	280 (52.0)	92 (17.1)	1 (0.2)
7	不適切な養育の子どもの安全・安心感を高めるための関わり	31 (5.8)	183 (34.0)	261 (48.5)	61 (11.3)	2 (0.4)
8	不適切な養育の親が示す行動の特徴	52 (9.7)	215 (40.0)	221 (41.1)	49 (9.0)	1 (0.2)
9	医療者に拒否的な親に対するつわり	36 (6.7)	177 (32.9)	269 (50.0)	55 (10.2)	1 (0.2)
10	医療者には不適切な養育の家族を通告する義務があること	236 (43.8)	191 (35.5)	86 (16.0)	23 (4.3)	2 (0.4)
11	不適切な養育の子どもと親に対する守秘義務より通告義務が優先していること	206 (38.3)	161 (29.9)	138 (25.7)	30 (5.6)	3 (0.5)
12	他機関との具体的な連携方法	86 (16.0)	215 (40.0)	192 (35.6)	43 (8.0)	2 (0.4)
13	子どもや親のケア時に看護師自身に生じる否定的な感情の由来	31 (5.8)	120 (22.3)	285 (53.0)	100 (18.5)	2 (0.4)

3. 不適切な養育状況の家族に対する認識

不適切な養育状況の家族に対する小児看護師の認識を表4-4に示した。家族に対する構えとして、「家族を支援するためには、まず虐待かどうかを明らかにする必要がある」に対し、肯定したのは69.5%であった。「虐待の家族ではなく支援が必要な家族という視点が必要である」に対しては86.1%が、「家族にはより積極的な子育て支援が必要である」では76.2%が肯定し、不適切な養育状況の家族に対する支援の必要性を示した。

子どもや親への必要なケアに対しては、「子どもには親以外に信頼できる人が必要である」は89.9%が肯定し、「子どもがパニックを起こした時に関わり方は知っておく必要がある」には98.7%の小児看護師が肯定した。親に対しては、「親自身も母性的な関わりを必要としている」は85.7%、

表4-4 不適切な養育状況の家族に対する認識

n=538(%)

	そう思う	少し思う	どちらともいえない	あまり思わない	そう思わない	無回答
1 家族を支援するためには、まず虐待かどうか明らかにする必要がある	226 (42.0)	148 (27.5)	126 (23.4)	31 (5.8)	7 (1.3)	0 (0.0)
2 虐待を疑いながら親に関わることに後ろめたさを感じる	48 (8.9)	208 (38.7)	123 (22.9)	120 (22.3)	39 (7.2)	0 (0.0)
3 虐待の家族ではなく支援が必要な家族という視点が必要である	286 (53.2)	177 (32.9)	63 (11.7)	9 (1.6)	2 (0.4)	1 (0.2)
4 家族には、より積極的な子育て支援が必要である	246 (45.7)	164 (30.5)	109 (20.2)	15 (2.8)	1 (0.2)	3 (0.6)
5 子どもには親以外に信頼できる人が必要である	310 (57.6)	174 (32.3)	49 (9.1)	1 (0.2)	3 (0.6)	1 (0.2)
6 子どもには生活上のルール(枠組み)が必要である	146 (27.1)	203 (37.7)	159 (29.6)	24 (4.5)	4 (0.7)	2 (0.4)
7 子どもがパニックを起こした時の関わり方は知っておく必要がある	403 (74.9)	128 (23.8)	7 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8 看護師のケアは子どものその後の人生に意味をもっている	251 (46.6)	207 (38.5)	76 (14.1)	3 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.2)
9 親自身も母性的な関わりを必要としている	253 (47.0)	208 (38.7)	72 (13.4)	5 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
10 親が子どもを病院に連れてくるのは助けを求めているサインである	205 (38.1)	199 (36.9)	114 (21.2)	16 (3.0)	1 (0.2)	3 (0.6)
11 親との関わりでは信頼関係の形成が最も優先される	220 (40.9)	220 (40.9)	90 (16.7)	7 (1.3)	1 (0.2)	0 (0.0)
12 拒否的な態度を示す親への関わりは避けてしまいがちである	71 (13.2)	254 (47.2)	127 (23.6)	63 (11.7)	23 (4.3)	0 (0.0)
13 親には偏見をもってしまうがちである	77 (14.3)	263 (48.9)	135 (25.1)	48 (8.9)	15 (2.8)	0 (0.0)
14 親へのケアの効果を期待するのは難しい	63 (11.7)	179 (33.2)	185 (34.4)	94 (17.5)	16 (3.0)	1 (0.2)
15 子どもや親の行動や考えを何とか変えたいと思う	124 (23.1)	231 (42.9)	148 (27.5)	30 (5.6)	4 (0.7)	1 (0.2)
16 自分の関わりが子ども又は家族に悪影響を及ぼさないか心配がある	116 (21.6)	252 (46.8)	110 (20.4)	49 (9.1)	11 (2.1)	0 (0.0)
17 家族のプライマリーになるとチーム内で孤独感を感じることがある	13 (2.4)	54 (10.0)	166 (30.9)	154 (28.7)	146 (27.1)	5 (0.9)
18 家族のプライマリーになると心理的負担が大きい	164 (30.5)	228 (42.4)	78 (16.2)	34 (6.3)	19 (3.5)	6 (1.1)
19 子どもと親に対するケアを一人で担っているという意識はない	182 (33.8)	142 (26.4)	150 (27.9)	46 (8.6)	12 (2.2)	6 (1.1)
20 子どもと親のケアには他のスタッフからサポートが必要である	387 (71.9)	126 (23.4)	22 (4.1)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.4)
21 虐待を疑えばできるだけ早く他機関と連携する必要がある	388 (72.1)	118 (21.9)	29 (5.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.4)
22 家族の個人情報保護のため機関との連携のしにくさがある	81 (15.1)	135 (25.0)	129 (24.0)	119 (22.1)	74 (13.8)	0 (0.0)
23 家族への関わりについて、他職種や他機関とのズレを感じる	61 (11.3)	125 (23.3)	222 (41.3)	92 (17.1)	33 (6.1)	5 (0.9)
24 子どもから距離をとりたくなることがある	35 (6.5)	150 (27.9)	150 (27.9)	133 (24.7)	69 (12.8)	1 (0.2)
25 子どもや親への否定的感情を抱くことに自己嫌悪を感じることがある	38 (7.1)	162 (30.1)	189 (35.1)	105 (19.5)	44 (8.2)	0 (0.0)
26 子どもや親への否定的な感情を口に出してはいけないと思う	120 (22.3)	180 (33.5)	139 (25.8)	74 (13.8)	25 (4.6)	0 (0.0)
27 子どもや親への否定的感情はチームで話し合う方がよい	302 (56.1)	157 (29.2)	72 (13.4)	5 (0.9)	2 (0.4)	0 (0.0)
28 看護師自身の心身の安全も守らなければならない	378 (70.3)	135 (25.1)	24 (4.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
29 家族へのケアについて相談できる人が必要である	439 (81.5)	81 (15.1)	15 (2.8)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.4)

「親との関わりでは信頼関係の形成が最も優先される」には 81.8%が肯定した。

機関連携については、「虐待を疑えばできるだけ早く他機関と連携する必要がある」と肯定したのは 94.0%であった。さらに、子どもや家族に関わる上でのチーム内のサポート体制については、「子どもと親のケアには他のスタッフからサポートが必要である」に肯定したのは 95.3%に上り、「子どもや親への否定的な感情はチームで話し合う方が良い」は 85.3%、「看護師自身の心身の安全も守られなければならない」にも 95.4%が肯定した。不適切な養育状況の家族の支援に際しては、ほとんどの小児看護師がチームからのサポートを必要としていた。

4. 不適切な養育状況の家族への関わりに対する小児看護師の自己効力感

不適切な養育状況の家族への関わりに対する小児看護師の自己効力感は表 4-5 に示した。子どもとの関わりについて、「子どもの言動の意味が理解できる」に肯定したのは 35.5%であり、「子どものパニックに対応することができる」は 15.8%、「子どもの試し行動に対応することができる」は 19.0%と子どもへの対応に困難を示した。

親に対する関わりでは、「親の言動の意味が理解できる」に肯定したのは 25.1%であり、「医療者に拒否的な親に関わることができる」は 30.9%、「親に対し支援者となって寄り添うことができる」は 40.3%、「訴えや要求の多い親に関わることができる」は 42.2%であった。

一方、「不適切な養育を疑った時、カンファレンスにあげることができる」は 84.0%、「不適切な養育を疑った時、医師や看護師長に報告することができる」は 92.9%が肯定した。さらに、「状況やけがについては必ず記録できる」にも 80.3%が肯定しており、ほとんどの小児看護師は病棟内での情報共有に対し「できる」と回答した。しかし、「虐待疑いの家族

を発見したとき他機関に連絡することができる」は 65.1%と、他機関との情報共有は 20%程度下回った。

表4-5 不適切な養育状況の家族への関わりに対する自己効力感							n=538(
		そう思う	少しそう思う	どちらともいえない	あまり思わない	そう思わない	無回答		
1	不適切な養育とつづけは区別できる	129 (24.0)	172 (32.0)	198 (36.8)	28 (5.2)	11 (2.0)	0 (0.0)		
2	子どもの言動の意味が理解できる	32 (5.9)	159 (29.6)	260 (48.3)	74 (13.8)	11 (2.0)	2 (0.4)		
3	子どものパニックに対応することができる	15 (2.8)	70 (13.0)	224 (41.6)	167 (31.0)	60 (11.2)	2 (0.4)		
4	子どもの試し行動に対応することができる	17 (3.2)	85 (15.8)	234 (43.4)	147 (27.3)	52 (9.7)	3 (0.6)		
5	虐待を受けた子どもにはどう関わってよいかわからない	15 (2.8)	91 (16.9)	160 (29.7)	202 (37.5)	67 (12.5)	3 (0.6)		
6	家族背景を含めて虐待のリスクをアセスメントできる	36 (6.7)	152 (28.3)	184 (34.2)	120 (22.3)	46 (8.5)	0 (0.0)		
7	親の言動の意味が理解できる	12 (2.2)	123 (22.9)	229 (42.5)	135 (25.1)	38 (7.1)	1 (0.2)		
8	医療者に拒否的な親に関わることができる	25 (4.6)	141 (26.3)	225 (41.8)	114 (21.2)	33 (6.1)	0 (0.0)		
9	訴えや要求の多い親に関わることができる	37 (6.9)	190 (35.3)	193 (35.9)	92 (17.1)	19 (3.5)	7 (1.3)		
10	家族への関わりの中で看護師自身に生じる否定的な感情をコントロールすることができる	37 (6.9)	178 (33.1)	239 (44.4)	61 (11.3)	15 (2.8)	8 (1.5)		
11	不適切な養育を疑ったとき、カンファレンスにあげることができる	251 (46.7)	201 (37.3)	71 (13.2)	14 (2.6)	1 (0.2)	0 (0.0)		
12	不適切な養育を疑ったとき、医師や看護師長に報告することができる	332 (61.7)	168 (31.2)	33 (6.1)	3 (0.6)	2 (0.4)	0 (0.0)		
13	虐待の疑いの家族を発見したとき他機関に連絡することができる	164 (30.5)	186 (34.6)	149 (27.6)	29 (5.4)	7 (1.3)	3 (0.6)		
14	親にはどう関わってよいかわからない	22 (4.1)	89 (16.5)	173 (32.2)	198 (36.8)	54 (10.0)	2 (0.4)		
15	子どもと親へのケアは他職種やスタッフと連携とすることができる	201 (37.4)	237 (44.1)	83 (15.4)	12 (2.2)	4 (0.7)	1 (0.2)		
16	親に対しては育児支援の視点で積極的に関わることができる	66 (12.3)	188 (34.9)	217 (40.3)	55 (10.3)	11 (2.0)	1 (0.2)		
17	親に対し支援者となって寄り添うことができる	47 (8.7)	170 (31.6)	249 (46.3)	60 (11.2)	12 (2.2)	0 (0.0)		
18	状況やけがについては必ず記録できる	202 (37.5)	230 (42.8)	97 (18.0)	5 (0.9)	3 (0.6)	1 (0.2)		
19	子どもや親が期待した反応を示さなくても受け止めることができる	86 (16.0)	203 (37.7)	208 (38.7)	38 (7.0)	3 (0.6)	0 (0.0)		
20	子どもの親のケアで大切にしなければいけないことがわかる	103 (19.1)	222 (41.3)	172 (32.0)	33 (6.1)	8 (1.5)	0 (0.0)		
21	虐待を疑う子どもが退院するとき必要な機関に情報提供ができる	190 (35.3)	197 (36.6)	116 (21.6)	26 (4.8)	9 (1.7)	0 (0.0)		
22	家族の社会的背景の情報を得ることができる	115 (21.4)	250 (46.5)	134 (24.9)	34 (6.3)	4 (0.7)	1 (0.2)		
23	家族へのアセスメントやケアに迷ったときに適切な人にアドバイスをもらうことができる	182 (33.8)	246 (45.8)	90 (16.7)	15 (2.8)	5 (0.9)	0 (0.0)		
24	病棟において支援を必要としている家族を発見することができる	81 (15.1)	237 (44.1)	199 (36.9)	16 (3.0)	4 (0.7)	1 (0.2)		

5. 自己効力感に関連する要因

不適切な養育状況の家族支援に対する認識項目の因子分析を行った。その結果、【機関・チームケアの必要性の認識】【積極的支援の必要性の認識】【家族支援への否定的認識】の3因子を抽出した(表4-6)。

家族への支援に対する看護師の自己効力感を目的変数として重回帰分析を行った結果、自己効力感への正の影響は、「子ども虐待の知識」「積極的支援の必要性の認識」「家族に関わった経験」「相談できる人・場の存在」「子ども虐待への関心」であり、負の影響としては「家族支援への否定的認識」が抽出され、決定係数は.441であった(表4-7)。

表4-6不適切な養育状況の家族に対する認識項目の因子分析		(主因子法 プロマックス回転)		
		第1因子	第2因子	第3因子
第1因子 機関・チームケアの必要性の認識				
	不適切な養育の家族へのケアについて相談できる人が必要である	.859	-.095	-.015
	不適切な養育の家族をケアする場合には、看護師自身の心身の安全も守らなければならない	.778	-.028	.066
	不適切な養育の子どもと親へのケアには他のスタッフからのサポートが必要である	.563	.163	-.052
	子どもや親への否定的な感情はチームで話し合う方がよい	.511	.051	.011
	虐待を疑えばできるだけ早く他機関と連携する必要がある	.511	.051	-.043
第2因子 積極的支援の必要性の認識				
	親が子どもを病院に連れてくるのは助けを求めているサインである	-.067	.657	.024
	不適切な養育の親自身も母性的な関わりを必要としている	.057	.652	-.023
	看護師のケアは子どものその後の人生に意味をもっている	.039	.642	.001
	不適切な養育の親との関わりでは信頼関係の形成が最も優先される	.071	.487	.066
第3因子 家族支援への否定的認識				
	不適切な養育の子どもや親へ否定的感情を抱くことに自己嫌悪を感じることもある	-.023	.087	.721
	不適切な養育の子どもから距離をとりたくなることがある	.034	-.124	.713
	家族の個人情報保護のために他機関との連携のしにくさがある	-.025	.032	.438
	虐待を疑いながら親に関わることに後ろめたさを感じる	-.003	.065	.435
因子間相関				
	第2因子	.558		
	第3因子	-.011	.023	

表4-7 不適切な養育の状況の家族支援に関する自己効力感に影響する要因(重回帰分析,強制投入法)				
	非標準化係数 B	標準偏差	標準化係数β	有意確率
(定数)	45.953	3.442		.000
知識	0.419	0.05	.317	.000
積極的支援の必要性の認識	1.201	0.176	.230	.000
家族支援への否定的認識	-0.731	0.126	-.193	.000
家族に関わった経験	0.786	0.179	.166	.000
相談できる人・場の存在	3.535	0.854	.144	.000
子ども虐待への関心	2.093	0.987	.078	.034
R ²	0.451			
調整済みR ²	0.441			
F値	47.095***			
注) 1)相談できる人・場の存在:「常にある」を1 それ以外0, 子ども虐待への関心:「非常にある」を1 それ以外を0, 2)関連のある要因のみ表示 3)有意確率 ***P<.000				

第 4 節 考 察

筆者（鎌田・石原,2013a）が2011年に実施した調査では、病院内に虐待対応委員会が設置されていたのは61.6%であったのに対し、本調査では40.2%と20%程度下回った。前回は500床以上の病院を対象としたため、大学病院と小児専門病院で6割以上を占めていた。今回は、地域医療の中核をなす公的病院を含む総合病院が6割程度を占め、その多くが中規模病院であったことが結果に影響したと考える。大規模病院に比べ、今回の対象の中心となった中規模病院においては、虐待対応委員会設置などのシステムがまだ十分とは言えない体制の中で、小児看護師が家族の支援にあたっていることが予測できた。

小児看護師の虐待への関心は95.2%と前回調査（96.1%）（鎌田・石原,2013a）と変わらず高かったが、不適切な養育状況の家族に関わった経験は年間に数例程度と多いとは言えなかった。しかし、「子どもの攻撃

的・反抗的な言動」「親の拒否的な態度」「親の執拗な訴え」「子どもや親へのケアに対する無力感」は、3～5割の小児看護師が家族との関わりの中で経験していた。

1. 不適切な養育状況の家族に対する小児看護師の知識・認識・ケアに対する自己効力感

不適切な養育状況の家族への関わりについて、8割以上の小児看護師は「子どもには親以外に信頼できる人が必要」「親自身も母性的な関わりを必要としている」「親との関わりでは信頼関係の形成が最も優先される」と子どもと親への関わりの重要性を認識していた。しかしながら、子どもや親への直接的な関わりに対する自己効力感に示された回答からは、関わりに戸惑いや困難を示している様子が窺えた。特に、子どものパニックや試し行動への対応、拒否的な態度を示す親、訴えや要求の多い親に対して関わることができると回答した小児看護師は、半数に満たなかった。パニックや試し行動は、不適切な養育を受けた子どもによく見られる特徴的な行動であり、感情コントロールや対人関係の問題に起因している（西澤,1994）。また、拒否的な態度や訴えや要求の多い親は、他者との対人関係の難しさや依存性の高さを表しており（郭,1997）、これらの行動はしばしば援助者側の神経を逆なです。このような子どもや親の言動の意味を理解しないまま関わると、援助者である看護師自身に怒りや否定的感情が生じ、子どもや親との関係を悪化させる（庄司,2007；鎌田,2014；Smith,1981）。子どもや親の言動の意味や看護師に生じた否定的感情の由来、彼らへの関わり方について、「知っている」と回答した小児看護師も少なく、そのことが関わりの困難さに繋がっていると考えられる。

不適切な養育状況の家族は、経済的困窮や親自身の疾患、家庭内暴力な

ど複数の問題を抱えていることが多く、それらが輻輳しながら養育機能の低下につながっている。それゆえ家族への支援は、医療機関のみでは困難で、他機関と連携しながら関わる必要がある（佐藤, 2001: 日本看護協会出版編, 2003）。不適切な養育状況の家族に遭遇した時、8～9割の小児看護師は病棟内での情報共有の必要性を認識し、行動に移すことが「できる」との可能性の認知を示した。また、不適切な養育状況の家族の発見に際しては、「他機関へ通告する義務がある」ことを認知している小児看護師も多く、9割が「虐待を疑えばできるだけ早く他機関に連絡する必要がある」としていた。2000年に児童虐待防止等の法律が制定され、虐待発見時の通告の義務について明記されて以降、小児看護師にもその認識が浸透してきていることが窺えた。しかし、実際に「他機関に連絡することができる」と機関連携に対する行動の可能性の認知を示したものは6割程度に止まっており、必要性に対する認識と行動への可能性にはズレがみられた。医師とは違い、チームで患者を看ているという小児看護師の役割機能上、他機関への連絡にはチーム内のコンセンサスが必要であり、医師の意向にも強く影響される（鎌田・石原, 2013b）。また、虐待対応委員会等のシステムが十分整っていないことも、他機関への連絡や連携の難しさにつながっていることが推察された。病院内組織として虐待対応委員会等の設置は、他機関への連絡がしやすくなり、通告数が増加したとの報告もあり（柳川, 2008）、一人の小児看護師が発見した要支援家族を他機関につなげるためには、病院組織全体のシステム整備として、虐待対応委員会等の設置を進めていく積極的な働きかけも必要である。

以上、小児看護師は不適切な養育状況の家族との関係形成の重要性を強く認識していたが、子どもや親が示す行動の意味を理解することの難

しさや、家族へのケアの方法論が確立されていない中、実際の関わりには抜き差しならない状況や困難があると考えられた。さらに、多くの回答に見られたように、直接ケアにあたる小児看護師自身に生じる感情をコントロールし、適切に家族を支援するためには、彼らをサポートするチーム体制や病院組織としてのシステム整備の重要性が示唆された。

２．小児看護師の自己効力感に関連する因子

重回帰分析の結果、不適切な養育状況の家族支援に対する小児看護師の自己効力感に関連していたのは、子ども虐待の知識や積極的支援の必要性に対する認識、ケアや連携の経験、相談できる人や機関からのサポート体制であった。また、家族支援への否定的な認識は自己効力感に負の影響を及ぼすことが明らかになった。

虐待の加害者としての親、不適切な養育状況を示す親、支援に対して拒否的、攻撃的な親の態度は、小児看護師に否定的な感情や認知を抱かせていることは容易に推察できる。このような家族や支援に対する否定的な認識は、親への態度や行動に影響し、両者の関係形成を困難にする。親を非難したり、不適切な養育状況を指摘したり、一方的に指導しようとする看護師の行動は、親を心理的に追い詰めたり、親の被害感を増幅させたりしかねない。親への誤った対応が、ひいては子どもに悪影響を及ぼす危険性を孕んでいる。「虐待におけるケアの対象は２人いる」と言われているように、援助者は虐待に至らざるを得ない親の生活背景や、不適切な養育状況の親の背後に存在する事実を把握し、理解する必要がある。そのことは親に対する否定的な認識の変容につながっていくと考えられる。

第５節 まとめ

本調査の結果から、以下のことが明らかになった。

1. 虐待やその疑いの家族に対する通告の義務に関して、80%近くの看護師が知っており、90%以上の看護師が他機関連携の必要性を認識し、医師、看護師長への報告やカンファレンスで話し合うことができるとした。しかし、実際に他機関へ通告できるとしたのは65%程度であった。
2. 虐待のリスク要因、不適切な関わりが子どもに及ぼす影響について、知っているとは回答したのは70%程度であった。しかし、子どもや親が示す行動の意味について知っているとしたのは50～60%程度あり、子どもや親の言動を理解できると自信を示した小児看護師は25～35%程度であった。
3. 80%以上の看護師が家族支援の必要性を認識し、子どもや親との信頼関係形成が重要であることを認識していた。しかし、「親の支援者となって寄り添うことができる」と答えたものは40%程度であった。
4. 子どものパニック行動や拒否的な親への対応方法については知っているとしたのは30～40%と少なく、対応できると回答した看護師も15～30%程度であった。ほとんどの看護師が「パニック時の子どもの対応を知っておく必要がある」とし、60%が「拒否的な親への関わりは回避しがち」と回答していた。
5. 「子どもや親への否定的な感情はチームで話し合う方がよい」とした看護師は85%、「看護師自身の安全も守らなければならない」は95%以上が認識していた。しかし、55%程度の看護師が「子どもや親への否定的な感情を口に出してはいけない」とし、「自身に生じる否定的な感情をコントロールできる」と回答したのは40%程度であった。
6. 不適切な養育状況の家族支援への自己効力感には、「子ども虐待につ

いての知識」「積極的支援の必要性に対する認識」「不適切な養育の家族に関わった経験」「相談できる人・場の存在」「機関連携の経験」が影響していた。

以上、小児看護師の実践を支援するためには、子どもと親の行動の意味や具体的な関わりに関する知識を提供すること、家族とかかわった経験と積極的支援の必要性に対する認識を高めること、虐待対応の委員会やスーパーバイザーの配置など人的・物的サポート体制を整えることが必要であると示唆された。

第5章 実践に必要な要素とその評価

前章の結果より、小児看護師の実践行動のために必要な要素として、知識、経験、積極的な支援に対する認識、相談できる人や場が抽出された。そこで、臨床での豊かな経験をもつ小児看護師と、知識の提供者として筆者が協働して学習会を実施することを計画した。小児看護師が必要としている知識を筆者が提供し、小児看護師の臨床経験に重ね合わせて検討することによって、子どもと親への実践行動につなげることを目指した。学習会で提供する知識は、第1章から第4章までの調査結果から小児看護師が必要とする知識・認識とした。

第1節 小児看護師が必要とする知識・認識

1. 不適切な養育状況の家族への支援

すでに虐待の診断を受けて入院している家族と、診断されていない家族では、支援内容や方法に違いがある。まずは、虐待の診断を受けた家族を除く不適切な養育状況の家族への支援について述べる。

(1) “支援を必要としている家族”の認識

坂井(2007)は、医療機関における不適切な養育状況の家族の早期発見、悪化防止において医療者の役割の1つとして“虐待を疑う”ことを挙げている。しかしそれは親を犯人扱いすることではなく、援助のきっかけとしての行為であることを強調している。また、Browne, Douglas, & Catherine.(2006 上野・山田監訳 2012)も、保健師と助産師を対象としたケアプログラムの中で、親に偏見を持たないことが重要であることを言及している。否定的に捉えられている、非難されていると親が感じることをのこさないよう、「リスクの高い家族」といった否定的な表現は避け、「支援が必要な家族」と肯定的な表現を使う必要があるとしている。こ

のことは、単に家族の表現の仕方を示したのではなく、援助者の姿勢や態度に関連するものと考える。不適切な養育状況の親は孤立していることが多く、そのような親が受診や入院によって医療機関に子どもを連れて来たことは、どこにも支援を求められずに孤立していた親が、自ら支援を求めたということであり、医療者にとっては親とつながるチャンスである。親が疑いをもたれていると感じると、次の受診には来なくなることもあるため、最初の関わりにおける医師や小児看護師の姿勢や態度が重要な意味をもっている。

調査結果から、多くの小児看護師は虐待かどうかははっきりしない段階では、証拠となる情報を集めなければならないと認識していることが明らかになった（第1,4章）。そのような認識は小児看護師のケアの姿勢や行動に影響し、親との援助関係を難しくする可能性がある。そのため、親の行為そのものは非難の対象であっても、親は支援の対象であることや、“虐待リスクの高い家族の発見”ではなく、“支援を必要としている家族への気づき”であると、認識を転換することができるような学習会の検討が必要である。

（２）親を理解する姿勢

不適切な養育状況の子どもや親との関わりにはさまざまな困難が存在していることがわかった。第4章の結果に示されたように、小児看護師の多くは不適切な養育状況の親に対する支援の必要性や関係形成の重要性は認識していた。しかし同時に、拒否的・攻撃的な態度を示す親に対する関わりには回避的となり、拒否感や嫌悪感を抱いてしまうという結果であった。薄井（2014）は、看護師がケアの対象者に対してどう感じるかによって対象への姿勢や行動は決まり、看護師の姿勢や行動を受けた対象者も看護師への認識を変化させ、その様相を行動で表すと述べて

いる。すなわち、不適切な養育状況の親に対する小児看護師の否定的な感情は姿勢や態度に影響し、それを受け取った親はさらに看護師への拒否感を強くし、関わることすらできない状況になることを示している。また、親のニーズに沿わない関わりは逆効果になる。実際に医療機関に来なくなった状況を経験してきた小児看護師も多く存在する(第1章)。親への関わりの難しさから「下手な関わりで傷つけてしまうより関わらない方がよい」と、関りをもたないことを合理化してしまう小児看護師が存在しても当然であるといえる。このように小児看護師は援助関係を形成する段階で苦慮しており、関係を回避してしまう者も多い。しかし、親の中には行動とは相反してさまざまな形で支援を求めている者もあり、医療機関に子どもを連れてくるという行為自体が、親からの SOS のサインである可能性もある(小山田,2015)。自分の行っている行動が子どもにとって良くないと自覚しながらも止めることができない、支援者がいても支援を求められない、夫から暴力を受けていても逃げることができないなど、さまざまな背景を抱えながら子育てをしている親は少なくない。親の子育てや生活の大変さに気づき、共感し、理解を示していく態度こそ、親たちが最も必要としている支援者の姿勢であろう。そこからが相互関係の始まりであると考ええる。

(3) 家族の支援ニーズをアセスメントするために必要な知識・視点

子どもに関わる専門職として医療者には子ども虐待に対して通告の義務が存在している。しかし、明らかに虐待と判断できる家族以外は、個々の看護師の認識には温度差があり、一人の看護師の気づきや判断は取り上げられずに矮小化されることもしばしばある。小児看護師も自己の判断に確固たる自信がもてなければ行動を起こすことができない。そのため、家族の全体像を把握し支援ニーズをアセスメントする、組織で共通

認識をもつプロセスが重要であることが調査結果より示唆された。

家族の支援ニーズをアセスメントするためには、子どもと親の言動の意味を理解し、家族の生活背景、親の養育能力、親子関係などの包括的な情報把握が必要である。しかし、不適切な養育状況の家族の特徴として、情報が得にくいこと、家族の背景、家庭環境や養育状況の事実を収集する困難さがある(第1章)。また、第2章の調査結果から、小児看護師は明らかに子どもへの暴力や養育の拒否などを示す親の言動に対しては注意を向けやすいが、「未熟で要求の多い親」、「極端な愛着行動を示す子ども」のように心理機制的理解を必要とする子どもや親の言動の把握が不十分であった。第4章の結果においても「子どもや親が示している言動を理解できる」と回答した小児看護師は3割程度に過ぎず、子どもや親の言動の意味の理解を深めることが求められる。

さらに、虐待のリスク要因とされている不安定な生活基盤や家族の生活背景等も十分情報を得ているとは言えなかった。これまで小児病棟では病気の子どもの対応が中心であったがゆえに、この結果は当然である。しかし、家族への養育支援を検討する場合、これらの情報は必要不可欠である。不適切な養育状況の家族を早期に発見するためには、家族の背景を把握できるような仕組みを工夫していく必要がある。

以上より、家族がどのような支援を必要としているか、家族の支援ニーズをアセスメントするためには、子どもや親が示している言動の背後にある心理機制的理解を深め、収集する必要がある情報や観察の視点を明確にする必要がある。子どもが示している言動(特に親との愛着形成の状況を示す言動)、親が示している言動(特に養育態度を示す言動および特性)、家族の生活基盤を、必要な情報の枠組みとして利用することは、組織で共通認識をもつための一つの有効な方法である。加えて、チェッ

クリスト等の指標の使用は、観察の視点が明確になるため経験の浅い看護師の観察力の向上が期待できる（第2章）。しかし、あくまでもチェックリストは観察のための一つのツールに過ぎないということも伝えておく必要がある。

（４）親への関わり

小児看護師は親に最も近い位置で関わり続けなければならない。自ら援助を求めてくることはなく、医療者に拒否的な態度を示す親に対し、「どのように関わればよいか」「介入のきっかけや方法がわからない」「具体的な言葉かけや態度がわからない」と親との直接的な関わりに戸惑いを抱いている看護師は多く（第1章）、上手く関われると認識している者は少なかった（第4章）。

医療者に拒否的な行動を示す親は、自身の問題に気づいていない、あるいは問題を隠そうとする、援助者との信頼関係が築けていない、支援としてどのようなサービスが提供されるのかよくわかっていない等の場合もある（Browne, et.al, 2006 上野・山田訳 2012）。先にも述べたように親を理解することを最優先し、彼らが感情や思いを十分に表現できる機会をつくる必要がある。

家族への関わりを難しくしている要因として、看護学の根底に流れる医学モデルのアプローチ志向がある。医学モデルは疾病や障害等を「個人的な」問題と捉え、因果関係を追究し、原因に対する問題解決を目的とする。このような志向は、親のみを問題の原因としがちで、親が適切に子育てできるよう養育行動の変容を目指した関わりを重視してしまう傾向にある。親の行動を修正したり、正しい方法を指導する看護師の関わりは、親の育児方法の批判や親自身への否定と捉えられ、かえって親を追い詰める結果となりかねない。英国の児童法における親との関係形

成のための原則の1つは、親とのパートナーシップを築くことである。親との障壁を取り除き、協力して親自身や子どものニーズを見つめ、どのような支援が必要であるかを共に考えることを通じて、親は援助者に対し“自分を支援してくれる人”と認識することができる（Browne,et,al, 2006 上野・山田訳 2012）。

しかしながら、第1章の結果にも示されていたように、親のケアをしながら子どもを守らなければならないといった関わりを両立させることには難しさも存在する。親へのケアを優先することで、子どもを見守るだけしかできない。逆に、子どもを守ろうとすると親との関係が形成できないという状況が起こってくる。看護師個人が親に寄り添い共感するだけでは限界があり、さらなる方法論が必要であると考ええる。例えば、一人の看護師だけで家族にかかわるのではなく、親に対応する看護師と子どもを担当する看護師というように役割を分け、チームとして組織的に家族に関わることも1つの方法である。親に対する関わりは実践の中で事例を重ね、ケア方法を見出していく必要がある。

（５）他機関との連携

不適切な養育状況の家族の支援は、医療機関ましてや小児看護師だけで完結するものではなく、長期にわたり継続的に行わなければならない。そのため他機関との連携は不可欠である。小児看護師の多くは、自己の気づきを同僚や上司に伝えたり、カンファレンスで話し合うなど、チーム内で共有することはできていた（第4章）。しかし、他機関との連携には「個人情報保護の観点から連絡を躊躇してしまう」、「チーム内のコンセンサスが得られず他機関につなげることができない」など、病院という組織の中の一員として通告や他機関連携の困難さを抱えていた。また、他機関へ連絡することで「親との関係性が崩れてしまうのではないか」、

「医療機関との関係も切れてしまうのではないか」のように、孤立している親との繋がりがなくなってしまうことに恐れを抱いていた(第1章)。他機関連携や通告の判断が看護師個人や医師だけの判断に委ねられることがないよう、虐待対応委員会などが設置され、組織的に関わることが必要であると考えます。また、小児看護師は、親との関係性を保ちながらも他機関と連携して支援が継続していけるような、実践から見出された知識を重ねていく必要がある。

2. 虐待を受けた子どもへのかかわり

親からの暴力、暴言や養育の拒否を受け入院してくる子どもは、身体の傷が治癒しても、心理的、情緒的な問題が長期に及ぶ。そのため、入院生活において他の子どもとは異なった反応や行動を示すことが多く、小児看護師は関わりに苦慮している。以下、虐待を受けた子どもの支援について述べる。

筆者は2005年に虐待を受けた子どものケアに熟練している看護師に面接調査を行い、子どもと親が必要としているケアを検討した。入院直後は規則正しい日課を確立し、彼らが受け入れられるものから少しずつ慣らしていくなど、彼らの【日常生活を脅かさない】ケアから始め、その後、一緒に遊んだり、食事をしたりと共にいることで【温かい関係を体験してもらう】ことを通じて「普通の生活」を意識的に提供していくことが重要であることを明らかにした(鎌田・檜木野,2006)。このような「普通の生活」は原家族において経験が少なかったがゆえに、子どもの育てなおしを図るものとなる(土井,2010)。

しかし、第3章の結果で示されたように、虐待を受けた子どもとの関係の中で小児看護師は拒否感、嫌悪感、無力感などさまざまな負の感情を抱きやすく、それが子どもへのケアに影響を及ぼす。子どもとの距離

が保てなくなったり、子どもの要求の全てに応じてしまうという状況に陥る危険性がある。このような中で、子どもは親との間で体験した人間関係の持ち方を援助者である看護師との間に持ち込もうとし、子どもと看護師は「支配―被支配」の関係に陥りやすい(西澤, 1994; 土井, 2010)。

子どもにどのように関わればよいのかという小児看護師の戸惑いや困難感は大い(第3章, 第4章)。看護師は、自身に生じる様々な感情の由来を理解し、コントロールする方法を理解しておく必要がある。さらに、容易にパニック状態を起こしたり、大人の怒りを挑発する子どもの行動の意味や心理機制を理解すること、具体的な対応方法を持ち合わせておくことが、看護実践の助けとなる。パニック行動を未然に防ぐ対応の仕方、パニック時の対処方法、試し行動を助長させないようなケアの方法など、実践の知識を蓄積する必要がある。

3. ケア提供者である看護師自身の安全を守る

第4章の結果からは、虐待を受けた子どもをケアするときに生じる拒否感、嫌悪感、抑うつ感情、自信喪失感、不安全感などの否定的な感情を口に出してはいけなと認識している小児看護師は半数以上存在し、心理的な負担を抱えている者が少なくなかった。このような状況が長期に及ぶと情緒的消耗やバーンアウト等の二次被害をもたらす危険性がある。そのため、子どもへの支援と同時に援助者である小児看護師の安全も守らなければならない。

小児看護師の安全を守るためには、自身に生じる否定的な感情や認知は誰にでも起こりうるものであること、看護師個人に原因があるのではなく、自己を責める必要がないとの理解を浸透させていく必要がある。また、子どもの行動の理解をすすめ、どのように関わればよいかということについて相談や支援をしてくれる人や、子どもとの関係を客観的に見

守ってくれる第三者の存在が重要である。Rowse(2009)は 15 人の看護師との面接を通して、支援的な同僚の存在は、小児看護師が困難な状況の意味を理解することを助け、支援方法を見出すことを助けてくれると述べている。担当の看護師が家族のケアを一人で抱え込むことなく、いつでも相談でき、支援を受けることのできる他者の存在がケアの推進力につながるものとする。

第 2 節 実践知の構築に向けた協働学習会の実施と評価

小児看護師が実践知を構築するためには、理論的知識を子どもや親との相互関係を通じて検証する必要がある。しかし、不適切な養育状況の家族は他者との関係に拒否的であるため、小児看護師はかかわりをもつこと自体に難しさを感じている。家族との関わりへの抵抗感を軽減できるような小児看護師への支援が必要である。看護師が必要としている理論的知識や認識を、看護師自身の経験と重ね合わせ、実践行動に活かせる知識に変換していくために、協働学習会を実施した。

協働学習会とは、異なった立場の者同士がお互いを尊重しながら、対等な関係の中で共通の目標に向かって協力し合い、互いの理解を深めよ

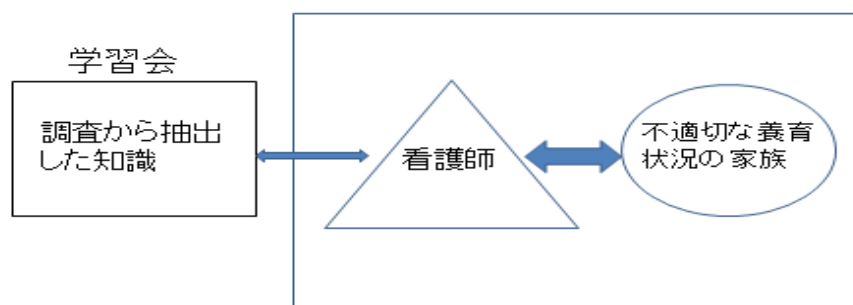


図 5-1 協働学習会の位置づけ

うとする場である。また、看護師がもつ臨床の経験と、研究者である筆者の提供する理論的知識を円環させながら、実践に活かす知識のあり方を検討する場である。

1．実施方法

1) 協働学習会の実施手順および方法

(1)学習会に先立ち、小児病棟師長、副師長、主任看護師や子育て支援に関心の高い看護師と病棟における養育支援の課題について話し合いを行い、具体的方法を検討した。

(2)学習内容は小児病棟の課題解決に向け、必要な知識の提供を目的とし、内容、方法を吟味した。

(3)学習者それぞれが尊重される場となるよう何でも話せる環境とし、学習者が参加しやすい場や時間を設定した。

(4)看護師間で互いに経験を共有でき、自身の実践経験に重ねて省察できるようにした。

(5)小児看護師の実践行動が活性化するよう、筆者は支援者としての役割を担った。

2) 学習会の実施と評価過程

調査結果および病棟の課題を中心に協働学習会の内容を設定した。協働学習会の内容および評価過程を図 5-2 に示した。

2．短期的評価

1) 方法

協働学習会での小児看護師と筆者の発言・議論の内容をフィールドノートに記録、あるいは IC レコーダに録音した。また、その場の病棟の状況、雰囲気などを参加観察した。また、全過程終了後に質問紙を用いて自由記述によって、協働学習会後の認識の変化について意見収集を行った。

た。

2) 対象

対象は協働学習会に参加し、研究参加に同意を得た A 病院の小児病棟に勤務する看護師 28 人である。

3) 調査期間

2014 年 4 月～12 月

4) 分析方法

学習会での質問内容およびその後の話し合いについて記録した IC レコ

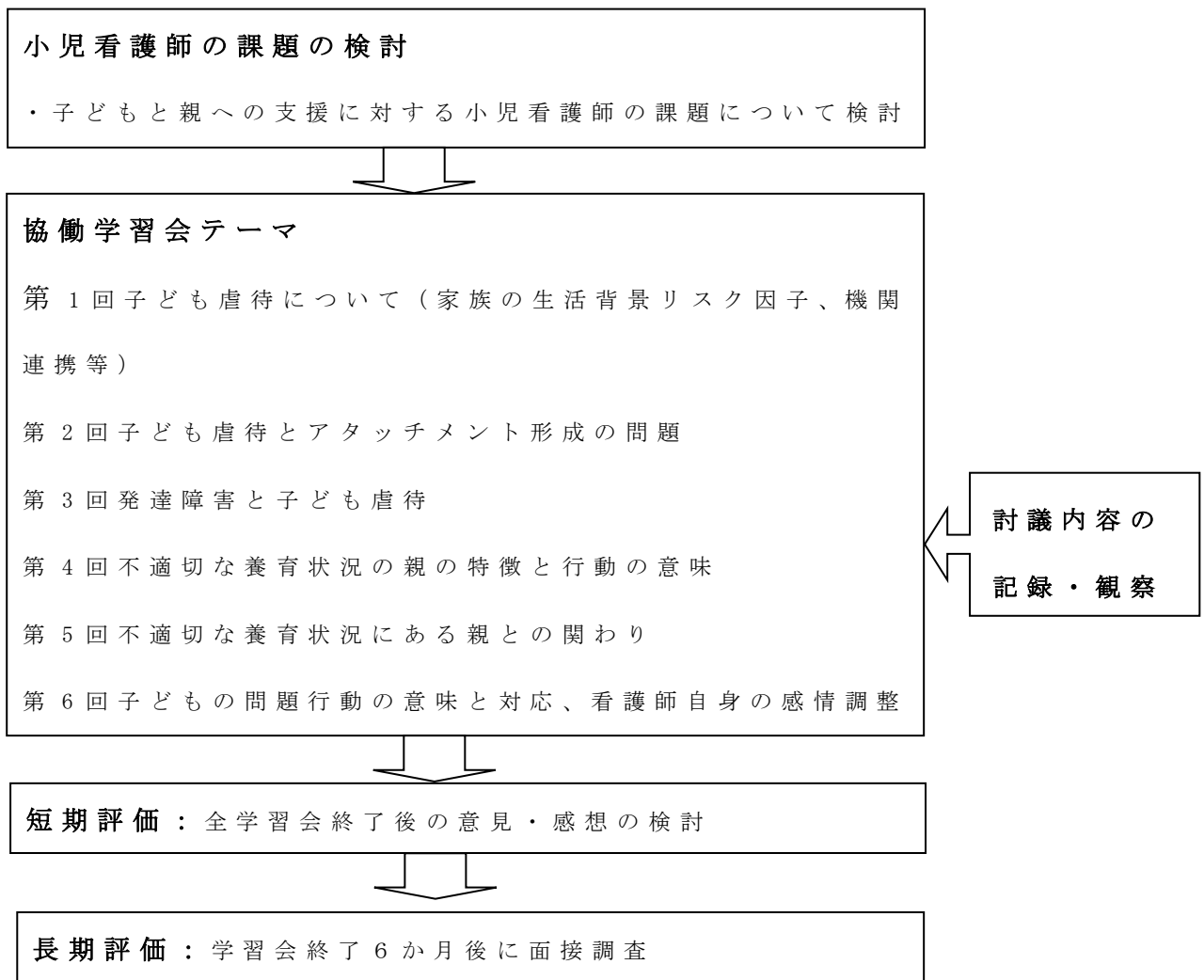


図 5-2 学習会の実施と評価過程

ーダーを逐語録にした。フィールドノートの内容とともに小児看護師の知識・認識および行動の変化に着目し、その内容を分析した。分析内容の妥当性を確保するために、小児看護学の教育者2名と確認した。

5) 倫理的配慮

本調査は摂南大学医療研究倫理委員会の承認を得て行った（承認番号2014-005）。A病院看護局長および小児病棟の看護師には、調査の趣旨と目的、参加の自由意思、個人情報保護、データは研究以外の目的で使用しないことについて口頭で説明し同意を得た。

6) 結果

(1) A病院の概要および小児看護師の養育支援を行う上での課題

協働学習会を実施したA病院は、地域の公立総合病院として、複数の診療科をもち、特色ある診療を進めている。特に小児医療は、24時間365日体制をとっている。二次救急診療を主とした病院であり、重度虐待の子どもは三次救急診療病院へ移されるため、病棟で被虐待児と診断され入院となる子どもはほとんどいない。しかし、地域で唯一、児童福祉法第36条で定められている助産制度が利用できる病院であり、保健上必要があるにもかかわらず、経済的理由により入院助産を受けることができない妊産婦を受け入れることのできる医療機関である。そのため、養育上のさまざまなリスクをもつ家族が多く、病院機能としては主には虐待の予防・早期発見の役割を担っている。小児病棟における子どもの入院日数は6.3(2013年)日と短期間が多い。

協働学習会に先立ち、病棟師長、副師長らと第三者である筆者が話し合いの機会をもった。病棟師長、副師長は、「余裕のない親御さんが本当に多く、子育てに支援が必要だと実感している」、「子育て支援は24時間小児救急対応をしている私たちの使命」と、病棟での子育て支援の必要

性と地域貢献への意思を示した。すでに病棟では入院中の子どもの親を対象に月 1 回の子育て相談会を開催していたが、相談者は少なかった。また、小児看護師から見て支援が必要と思われる親は自ら相談することは全くなかった。自ら問題意識をもち相談できる親より、それができないあるいは支援を拒否する親の方が本当の意味で支援を必要としている家族（以下、要支援家族）が多いのではないかと、筆者と看護師長らで話し合った。自ら相談にくる親を待つだけではなく、病棟側から積極的に要支援家族を発見し、支援につなげる必要があることを互いに確認し、以下のことを現在の病棟の課題としてあげた。

① 親の養育状況や家族の生活背景に関する情報が収集できていない

これまで小児看護師の役割は病気で入院してきた子どもの症状や治療の影響等に対するケアが中心であり、家族への支援の必要性に対する認識は不足している。養育上の支援を必要としている家族を発見し、支援を行うためには、親の養育態度や養育状況、家族の生活背景に関する情報収集が必要である。

② 短期入院の子どもが多く、養育支援を行うのは困難との認識をもっている。

看護師は子育て支援の必要性は感じていたが、二次救急医療機関として 24 時間対応している病院の特徴として、急性疾患の入院が多かった。そのため、平均入院日数がわずか 6.3 日（2013 年）という短期入院がほとんどであり、入院中は子どもの身体的治療やケアを優先して行うため、親への養育支援は難しいと感じていた。

③ 要支援家族の発見やケア方法がわからない

不適切な養育状況の親は医療者に拒否的であったり、子どもの扱いが乱暴であるなど親との関係を形成することが難しく、看護師は「どのよ

うに関わってよいかわからない」との思いをもっていた。

以上、これらの困難の内容は第 1 章の調査結果とほぼ合致するものであった。

（２）実際の方法

開催日時は病棟業務の都合や病棟会などの日程を加味し、日中勤務している看護師が最も集まりやすい第 3 週の金曜日（月 1 回）の日中勤務の終了直後からとした。協働学習会は、最初の 30～40 分程度を使いテーマにそって筆者から知識を提供した。講義は小児看護師のニーズをもとにした理論的知識の提供と、他病院の看護師が実施している具体例などを伝える形式で行った。その後、学習会の内容に関連した看護師の実践経験と重ね合わせ、気になる状況など参加者誰もが自由に語れる場とした。小児看護師の問題提起について全員で話し合い、その場で解決方法を検討した。

（３）参加者の背景と参加回数

病棟の小児看護師は 28 人であり、看護経験年数は 8 か月から 31 年までと、平均 12.8 (SD8.7) 年、小児看護経験年数は 8 か月から 16.6 年で平均 6.1 (SD4.9) 年であった。協働学習会への参加は任意とし、勤務の都合と参加者自身の意思に合わせたため、各回、参加者や人数にはばらつきがあった。小児看護師の参加回数は、7 回全てに参加したものは 2 名 (0.7%)、6 回は 1 名 (0.4%)、4 回以上出席したのは、9 名 (32.1%) であった。3 回の参加は 5 名 (17.9%)、1 回のみ参加が 7 人 (25.0%)、1 回も出席しなかったのは 3 名であり、参加平均回数は 3.75 回であった。

（４）学習会内容と参加者の反応

① 第 1 回学習会

1 回目は子ども虐待の定義、リスク要因、虐待が子どもに与える影響

等の基礎的な知識を中心とした内容とした。その中で、家族への養育支援を実施していくためには子どもだけでなく家族全体を捉える必要があり、そのためには家族の生活背景に関する情報が必要であることを話した。そして、チェックリストや入院問診票の使用は、虐待の家族を探すためではなく、支援を必要としている要支援家族を見つけるためであることを強調した。その後の討議では、要支援家族を発見するためには家族を観察するために病棟の看護師が統一した視点をもつ必要があることを話し合い、指標としてチェックリストを利用することが提案された。また、現在の入院時の問診票は十分な家族の生活背景が収集できるものではなかったため新たな項目を追加してはどうかと話し合った。後日、看護師長、副師長等と筆者とともに、入院時の問診票に家族ニーズを把握するための項目を検討し、問診票に追加した。さらに、要支援家族を発見するために、子どもと親の言動の特徴や虐待のリスク要因などから構成したチェックリストを作成し、病棟で使用を開始した。

② 第2回学習会

第2回は、アタッチメント理論を基に不適切な養育状況の子どもと親のアタッチメント関係が子どもの人格形成に及ぼす影響、アタッチメントのパターンと子どもと親のアタッチメント関係の見方、極端な愛着行動の意味などについて話をした。その後の話し合いの中で、1人の看護師からは「病棟に関わった子どもや親の気がかりな行動について、アタッチメント形成の問題という視点から見るとその特徴が見えてきた」と、知識と、関わった子どもの様子を重ね合わせ、理解を進めた発言がみられた。日常の関わりの中で子どもが親に示す行動、子どもに対する親の態度が重要な意味をもっていることを共通認識することできた。

③ 第3回学習会

第3回は、発達障害と子ども虐待をテーマに、不適切な養育状況の子どもの行動の特徴を中心に講義をした。不適切な養育状況の子どもの中には、広汎性発達障害や注意欠陥・多動性障害：AD/HD（Attention Deficit/ Hyperactive Disorders）の子どもと極めて似た症状や行動を呈するものが存在する。一方、AD/HDの子どもの特徴としては、衝動的で落ち着くことが困難で、あやしてもなかなか泣き止まないなど、子どもの育てにくさがあること、そのことが不適切な養育につながりやすいということなどを話した。そして、子どもがパニックを起こした時の対応として、応用行動分析をもとにした具体的な対応方法についてDVDを視聴した。その後、小児看護師から、採血時にパニックを起こし、実施に2時間以上を要した子どもの経験や、ナースコールを押し続ける子どもへの対応について語られた。日常の場面で出会うさまざまな子どもの対応への難しさや個々の看護師の工夫について話し合う機会になった。

④ 第4回学習会

第4回は、不適切な養育状況の親の特徴と行動の意味をテーマにした。親の行動の意味を理解することによって、親に対する看護師自身の認知の変容を目指した。認知行動療法の考え方を取り入れ、「親はこうあるべき」といった看護師の認知が否定的な気持ちや感情を引き起こし、関わりを難しくすることを伝えた。看護師自身も楽になるためにそのような認知があることに気づき、「親として～すべき」「～しなければならない」という認知を作り変えようと提案した。そして、親の理解を深めるために、筆者が経験した親の生活背景を振り返った。社会からの孤立、経済困窮、低い養育能力、支援者がいない中で、周囲の人には助けを求められず、子育てに孤軍奮闘している親たちの様子を話した。小児看護師の中には「親の生活背景も含め理解しないといけないと思った」や「自分の

気持ちの整理ができました」と発言した者がいた。

また、家族がどのような生活背景を抱え、何に困っているのか、何を求めているのかといった家族のニーズを明らかにする必要がある。その手掛かりの一つとして母子健康手帳が非常に重要なツールになることを伝えた。妊産婦健診の受診の有無、妊娠中の母親の状況や、子どもの発育発達状況、乳幼児健診受診の有無、予防接種状況など、子どもに対する親の思いなどあらゆる側面から親の養育行動や態度を把握することが可能である。母子健康手帳を持っていないということ自体も大きな意味があることも共通認識できた。子育て経験のない看護師からは、母子健康手帳にこれだけの重要な情報があること、それが家族のアセスメントに繋がることに対する驚きの発言があった。一方、経験の豊富な看護師は、母子健康手帳の記載内容について知っていたものの、それが親の養育態度を把握する指標となることまでは認識できていなかったことを語った。現状では、医師のみが確認していたが、今後は重要な情報源として確認していきたいとの発言があり、具体的な手帳の受け渡し方法等について検討がなされた。

また、小児看護師からは「気になる家族と遭遇しても、短期入院が多いため関わりに限界がある。何も（支援が）できずに退院してしまう家族が多い」との葛藤が表出された。要支援家族に対しては医療機関だけの対応では限界があること、他機関に繋げることも看護師の重要な役割であることを参加者全員で共通認識をした。

⑤ 第5回学習会

第5回は、不適切な養育状況の親への関わりをテーマとし、虐待をせざるを得ない親自身の複雑な生活背景を理解すること、子ども同様、親も支援の対象であり、親を受容していく姿勢が大切であることを話した。

しかしその後の討議では、夜中に何時間も抗議をしてきた親とのやりとりに話がおよんだ。対応した小児看護師は「親を受容しないといけないことはわかっているが、他の患者への対応がある中で長時間ずっと親の要求を聞き続けられない現実もある」と強い口調で訴えた。他患者へのケアや業務がある中で親に関わり続けることができず、必要だと分かっているてもできない現実との間で葛藤があることが語られた。緊急の対応を必要とする病棟の中で、看護師が抱く苦悩に共感し、その労をねぎらった。その後、一人の看護師からの「それでも親との繋がりは切れていない。ここに（病棟に）来れば何とかかなると思ってもらっているのかなあ」との発言に、参加者の多くがうなずいた。看護師が自分たちの関わりを振り返り、その意味を見出せたのではないかと感じた。

⑥ 第6回学習会

第6回は、不適切な養育によりさまざまな問題行動を示す子どもの行動の理解と関わりをテーマにした。小児看護師は「叫んだり、蹴ったりしてくる子どもには腹が立ち優しくできない」と子どもに対して否定的な感情が生じ、関われなくなる胸の内を語った。そのような感情が生じることは普通のことであり、その否定的な感情を上手くコントロールするために、否定的な感情は出来るだけ表出できるよう、積極的にカンファレンスで話し合ったり、他者に相談することの重要性を伝えた。

また、前回の学習会でも議論となった「受容する」ということが再度話題になった。カウンセリングや電話相談などの具体例を示した中で、「受容する」ということは相手のいうことを全て聞き入れたり、相手の思い通りを許すことではないと共通認識することができた。

学習会終了後に、小児看護師から事例検討会に参加してほしいと要望があった。担当している事例への関わりに困難を感じ、一緒にケアを考

えたいという意向であった。そこで次回は事例検討会を行うことにした。

⑦ 第7回学習会

事例検討会では、事例の紹介直後に、小児看護師から「(今から思い返してみれば)最初の入院から『要支援』に十分入ってたよね(支援を必要としている家族として判断することが出来る)」と発言があった。そして、その根拠となる事実や場면을次々と語った。次第に参加した各々の看護師が知り得た情報やその時に感じた思いを交換する場になった。「1回目の入院より2回目、今回とだんだん(家族の様子が)気になってきてる。情報をようよう突き合せたらそう(要支援家族)だったんだなあって。」「気づきを記録に残さなあかんね。」と発言があった。

事例検討会の開始直後は、子どもに対する親の乱暴な行為や子どもの問題行動と親に対する否定的な感情について、複数の看護師が次々と語った。そして、子どもに対する母親の暴力行為の一場面を取り上げ、「その場では何も言えなかった。どのように制止したらよかったのか」といった具体的な質問がなされた。その質問に対し、現在の状況や家族を取り巻く生活背景を考え合わせながら、母親の行動の意味や態度を共に考えた。その時に他者から制止されることで母親はどう感じ、看護師との関係性にどのような影響を及ぼすか等について、これまでの学習会の内容を振り返りつつ皆で話し合った。一人の看護師からは、上手に関わることでできた時の経験が語られた。そして、他の看護師からも「見ていてお母さんは一生懸命なんですよ。子どもを人に預けることもそんなに好きじゃなくて。自分が一生懸命育児をしても、思いどおりにいかない子どもがいて。たぶんお母さんも大変なんやね」と母親を擁護する発言があった。また別の看護師からは「子育てにちょっと行き詰っているとか、お母さんは、(子どもが)あんな多動の状態はしんどいと思って

はるんで、あんなに叩いたりとか・・・でも言葉では（「しんどい」って）発してくれないのでね」と、徐々に母親に理解を示す発言に変化していった。そして、母親に関わる時の姿勢について、「どんだけ悲惨なことが起きていても、それは責めない。ありのままを受け止める。絶対に正しさを求めない。ね、そうですね」と筆者に同意を求める発言があった。後日、この家族を要支援家族として保健師に継続支援を依頼することができたと報告があり、連携や繋がり意識の高まりを実感した。

学習会終了後、小児看護師は「これまでそれぞれの看護師が“何か気になる親”としか捉えられなかった家族に対し、『あの家族は要支援やね』と病棟で互いに共通認識ができるようになった」「要支援という言葉が皆から出るようになった」「意識して家族をみれている」と語った。

7) 学習会終了直後の小児看護師の意見

学習会終了後、小児看護師から自由記述によって意見を得た。それらを整理すると【親に対する姿勢に関する内容】【家族への視点の変化に関する内容】【看護師間関係の変化に関する内容】【他機関連携の可能性に関する内容】【その他】の5つに分類できた。以下に具体的内容を示す。

(1) 親に対する姿勢に関する内容

- ・今まで子どもの味方をし、家族に対して嫌悪感を抱きがちであったが、親の気持ちに寄り添い、決して否定してはいけないと思った。
- ・子どもに対して虐待をしている親もつらい思いをしているという事を知って、子どもだけでなく母親にもケアをしようと思った。
- ・親にやさしく接することができるようになった。
- ・母親への支援がとても大切である。
- ・子どもを褒めるだけでなく、母親にも褒めることが必要という事が勉強になった。

- ・子育て支援に関わりたいという気持ちが高まった。

(2) 家族への視点の変化に関する内容

- ・これまで、親が子どもにどのように接しているかの視点のみであったが、子どもが親に対してどのように接しているかも観察するようになった。
- ・さまざまな方向から家族を見ることができるようになった。

(3) 看護師間関係の変化に関する内容

- ・学習会で知識を得、同じ視点で援助ができる仲間ができ、介入しやすくなった。
- ・皆と話すことが多くなった。

(4) 他機関連の可能性に関する内容

- ・不適切な養育かもしれないと感じた時、カンファレンスなどで話し合い、地域の保健師に連絡をとればいいのだとわかった。
- ・各々の機関が連携し学習会などで共有するだけでも一歩踏み出せると思う。

(5) その他

- ・看護者側の気持ちの整理がつくようになった。
- ・(親に)どのような声掛けをすればいいのか悩んでいたが、事例検討会の中で具体的な方法を学べた。
- ・具体的な解決策が無くても、一歩ずつ関心を向け、傾聴したり、受容したりするだけでも意味のあることだと思った。

8) 考察

以上、学習会直後の小児看護師の意見からは、家族に対する観察の視点が広がっただけでなく、支援の姿勢や態度がこれまでとは変化したこと、他機関連携の意識が高まったことが示された。特に、参加回数が多

かった小児看護師の記述が多かった。上記のように、協働学習会での小児看護師の反応や実施後の自由記述の結果から、一定の効果はみられたと考える。これらの効果は、臨床で子どもや親との実践経験をもつ小児看護師と、研究者として理論的知識を提供する筆者が協働で学習会を実施できたことによるところが大きいと考える。講師から受講者への一方的な知識の提供に留まる従来の学習会とは違い、提供した知識を個々の看護師の実践や経験に重ね合わせ、他者の経験を聞くことを通じて、看護師と筆者の中に知識と経験が循環し、より実践に役立つ知識へと変換が起こったのではないかと考える。親を「受容する」ことのやり取りでみられたように、理論的知識では説明できないことや対応できないことも明らかになった。しかしその状況においても、両者ともに理解を深めていくきっかけとなったと考える。

小児看護師らは、事前の会議で示したように養育支援へ使命感をもち、すでに活動を始めていた。そのため、養育支援への認識を高める困難さはさほどなかった。しかし、病棟には固有の文化や習慣が存在しており、それらは暗黙の了解として継承されている。そのため、問診票や母子健康手帳の扱いにみられたように、組織内の者だけでは普段から習慣的になされていることに気づきにくい。第三者である筆者が参加したことで従来から習慣化していたことに疑問が生じ、再考をもたらしただのではないかと考える。

しかし、緊急入院が多い、病状の急変が起こりやすいといったA病院の小児病棟の特徴と交代勤務という特性上、参加率は十分とは言えなかった。特に今回は、養育支援に関心の高い看護師を優先的に参加できるよう配慮がなされたこともあり、ほとんど参加できない者もいた。参加できなかった看護師を対象として、再度学習会を実施するなど、参加率

を上げることで組織の共通認識が高まり、さらなる効果が期待できるものとする。

3. 長期評価

学習会終了後、小児看護師や病棟にどのような変化が見られているか、協働学習会で見出された知識が実践に活用されているかどうかの評価を行うために、学習会に参加した看護師を対象に面接調査を行った。

1) 調査方法

学習会終了 6 か月後に、参加した小児看護師を対象に半構造化面接を行った。

2) 研究参加者

学習会に参加した小児看護師のうち、面接調査に同意を得ることのできた 6 名を研究参加者とした。

3) 調査内容

- ・病棟における養育支援の必要性に対する認識の変化について
- ・子どもや親に対する認識や行動の変化について
- ・病棟全体の変化について

4) 分析方法

面接データは IC レコーダーに録音したのち逐語録にし、文脈を検討しながら、小児看護師の認識や行動の変化に着目して意味内容毎にカテゴリーに分類した。

5) 結果

(1) 研究参加者の背景

研究参加者の状況は表 5-1 のとおりである。研究参加者の看護師経験年数は 11 年から 31 年であり、平均は 18.5 年であった。小児看護経験年数は 3 年から 17 年で平均 9.5 年であった。面接所要時間は最短で 22 分、

表 5-1 研究参加者の状況

研究参加者	経験年数	小児経験年数	参加回数	面接時間
A 看護師	11 年	3 年	7 回	22 分
B 看護師	20 年	12 年	6 回	34 分
C 看護師	31 年	17 年	7 回	35 分
D 看護師	14 年	4 年	3 回	32 分
E 看護師	14 年	9 年	3 回	24 分
F 看護師	21 年	12 年	3 回	22 分

最長で 35 分であった(表 5-1)。

(2) 面接結果

小児看護師の語りの内容から【看護師の認識・行動の変化】【病棟全体の変化】の 2 カテゴリーに分類できた。以下、サブカテゴリーを< >、看護師の語りを「」、補足説明を()で示した。

【看護師の認識・行動の変化】

このカテゴリーは< 養育支援への意識の高まり>< 親を理解しようとする姿勢>< 観察の視点の広がり>< 養育支援に向けた行動>の 4 サブカテゴリーからなっていた。

①< 養育支援への意識の高まり>

このサブカテゴリーは、小児看護師の養育支援に対する意識の高まりを表した。

「自分が変わった。より(養育支援を)やっていかないとけないっていうふうに。今の社会問題でもあるし。(中略)在院日数が短い期間の中ではあるけれども、(継続支援に)つなげていくことが必要なんじゃないかなと思っています。社会的背景など、この家族は何かおかしいぞみたいなと

ころに気づけば、外来につなげたりとか、必要な機関につなげないといけないんじゃないかなと思っていますね」(C看護師)

「医師も結構、積極的にそういうこと(虐待対応)に取り組んでくれているので、看護師がもっとアピールしたらもっと(早期発見、予防の)枠が広がるかなと思うんです。『先生、この子どうですかという感じで』」

(B看護師)

学習会への参加を通じて、看護師は積極的に養育支援の必要性を認識し、現状の中で自分にできることは何かを考え、できることから始めようと、自身の役割意識が高まったことを語った。

②＜親を理解する姿勢＞

このカテゴリーは、親を責めることなくありのままを受け入れ、理解しようとする小児看護師の姿勢を表した。

「お母さん大変だろうし、自分が愛情不足でなんて思ってしまったら、駄目なんで、スタッフには、まず、お母さんが今やっていることは、『絶対間違っていない』ということを書いてあげてほしい。そして、『こっちの方が正しいですよ』なんていうことを絶対言わないでもらいたいわ。お母さんにはいろいろな背景があって、そのことを踏まえて、ちょっとアドバイスができたらいかな。指導ではなくてという感じです」(B看護師)

「そうですね。お母さんを責めちゃいけないというのは、すごく印象に残っているの。(中略)お母さんも大変だろうなという、思いを酌むようにはしていますけれども。すごくいつもニュースとかで、虐待のああいうのを見ると嫌だなと思うので、どうしても子ども目線になっちゃって。だけど、何かそういう気になる場面があった場合は、お母さんも大変なんだ、

酌まなきゃいけないとは思いつながら関わっています」(A 看護師)

「今までだと、どっちかと言うと、関わりたくないというか、何か面倒。言葉は悪いんですけど、ややこしそうな家族とか、ややこしそうなところには関わりたくないなというのが本心で。(中略)けど、いろいろ知る中で、自分もそう言えば、そうだった(しんどかった)なとか……。自分なんか、近くに両親がいてお手伝いしてもらえるのに、そういう(悩んでいた)状態だったということもあったので、家族を理解していこうと思えるような感じになりました。(E 看護師)

小児看護師はこれまで子どもを中心とした視点であったため、親を否定しがちで関係形成に困難を感じていた。しかし、学習会受講後の看護師には、親の大変な子育て状況を察し、親を理解しよう、親の思いに添おうとする姿勢がみられた。

③＜観察の視点の広がり＞

積極的に子育て支援を実施するために、子どもの症状や治療だけでなく、彼らの言動や親の養育態度、親子関係、生活背景などに観察の視点を広げていく必要がある。このカテゴリーはその必要性を認識し、子どもと親への見方が変化したことを示した。

「お母さんが子どもに対して、どういうふうな感じで接しているのかとか、そういうのもしっかり見ていました。(中略)勉強会を通して。積極的に自分からは、そういう情報を集めることを、気になる人にはしています」(D 看護師)

「お母さんの子どもに対する態度ですかね。そういうのをすごく気になるようにはなりましたね。何て言うか。言葉遣いとか、ちょっとしたことで、手を上げるとか、そういうのもありますし、子どもが何か訴

えているのに、知らんぷりしてと、そういうところがすごく気になるようにはなりませんでしたね。」(A 看護師)

「以前は疾患とか目の前にあることだけをやっていたと思うんですけども。やっぱり、その生活背景というのか、例えば、退院してからの(生活や)、家族の背景にあるものを見ないといけないと思えたので、やっぱり、学習会は私らのいいきっかけになったとは思っています」
(C 看護師)

これまでの子どもの症状や治療の影響のみならず、親の様子や子どもに対する関わり、生活背景など意識的に観察の視点を広げていた。

④＜積極的な養育支援行動＞

このカテゴリーは、養育支援への認識や親に対する姿勢の変化に伴い、看護師自身の行動が変化してきたことを示した。

「子どもさんが入院のストレスとか、うわっとなっていたときに、お母さんも結構、疲れているところで、イラッとされているときはわかる気はします。何かきつい口調になっていたりするお母さんとかもいてて。そのときは、『わかりますよ』って、お母さんの話を聞いてみたりとか、ちょっとお母さんに席を外してもらって、ちょっと休憩の時間をつくったりとかするようにしています」(D 看護師)

「(大声を出しているお母さんに対して)『どうしたのかな』という感じで、(部屋に)入って行って話を聞いたりするようにしています。(中略)受け持ち看護師に情報を聞いたり、入院時はどうだったのかなとか、最初からそういう感じなのか。お父さん、あんまり協力してへんのか。お母さん全部してるのかなとか。だから、イラついてるのかなとかは思いながら、関わ

る前に情報がある程度とるようにはしてるんです」(E 看護師)

親に“しんどさ”があることに気づき、その思いに寄り添い関わろうと、自ら行動を起こしている様子が語られた。また、学習会に参加後、さらなる学習意欲につながり、自ら他の学習機会をもった小児看護師もいた。

「私自身が勉強になったんです。私自身が学習会で成長したんですよ。今年はスタッフを育てようと思っているんです。去年は私自身が知識不足で、(中略)育児指導に対しては熱心だったんだけど、そういう(虐待予防という)違う視点で、お母さんたちの苦労とか、虐待に至るまでのとか、愛着の薄い、生まれ育った背景とかを、この学習会で学びました。これを聞いたからこそ、もっと深めたいと思って、自分で勉強会にも行きました。」

(B 看護師)

【病棟全体の変化】

看護師個人の変化のみならず、病棟組織全体の雰囲気に変化したことも明らかになった。このサブカテゴリーには＜養育支援・他機関連携の意識＞＜支援的な雰囲気＞＜継続支援に向けた動き＞の3サブカテゴリーが含まれた。

①＜養育支援・他機関連携の意識＞

このカテゴリーは、病棟スタッフが養育支援や他機関連携を意識し、支援を必要とする家族に対する共通認識ができたことを示した。

「(学習会前までは親子の関わりは)そんなに気にしなかったかもとは思いますが。一時期、病棟で『要支援(家族)』、『要支援』で。要支援という言葉が出ていました」(A 看護師)

「今まで、保健所に渡す(連携する)とかっていうことは、あまりなかつ

たように思うんですけど、『保健師さんを挟もうか（関わってもらおうか）』とか、そういう話が、やっぱりここ1年ぐらい、よく聞かれるように思いますね」（A 看護師）

「私もそうですけど、要チェック家族を、『（継続して）見ておいた方がいいんじゃない』というのは、声があがるので。『この家族の背景とか、（継続支援に）つないだ方がいいよね』とかいうのは、以前よりは絶対に出ていると思います。（中略）以前と比べて、この人と連携しようとか、こうしようとか、お隣（母性病棟）ともっと連絡していこうとかいうのは、意識としてはあるので、いかに継続しようかという・・・。」（C 看護師）

②＜支援的な雰囲気＞

このカテゴリーは、病棟内で気づきが発信できる雰囲気になり、看護師自身の心理的な負担が軽減したことを示した。

「看護師が学習したことで、ちょっと意識を高めたことで、（チーム内で）話しやすくなったと思うんですよ。たぶん1人だけでどうかなと思っていただけやったら、退院までの1週間がダッと過ぎてしまって、流れていったかもしれないんですけど。きっかけをつくることで、結構、（機関連携の）後押しになっているんじゃないかなと思うんです」（A 看護師）

「やっぱり、面倒くさいと思っているスタッフもいるのですが、病棟では（気づきを）さっと流されるのではなくて、結構、協力的というか、相談に乗ってくれる人が多いので、私も相談しやすい。口に出しやすいというか。そういう雰囲気もあるのかなと思います」（E 看護師）

「自分自身はそういうふうに（親に積極的に）関わるようになったのは、大

きな変化かなと思うのと、病棟的にもそういうのがぼんぼんと口に出せる雰囲気というか、それ（気になる親がいること）を言ったことで、流されなくて、『そうなん』、『そうなん』と言って、師長さんとかもそうやって言って来てくれるので、何かみんなが興味を持ってくれて、関わるということができてきているかなと思っています。」（D 看護師）

③＜継続支援に向けた動き＞

このカテゴリーは継続支援に向けた病棟全体の取り組みを表した。

「『18歳のお母さんでね、哺乳瓶を口の中に突っ込んでいた』と言ったら、若い先生も指導の先生も『そうですよね』って。私から持ち掛けたんですけど、そしたら、ぱっと輪ができて、保健センターがどこまで入っているかなという話をしだして、最終的には先生から保健所の方に連絡を取ってもらいました」（B 看護師）

「子育て支援に関わる新聞をつくろうとか、外来との連携だったりとか、保健センターとだったり、産婦人科病棟との協力だったりとか、紹介入院が多いので開業医さんまで連携もできたらいいねという話を。まだ始めたところなんですけど。」（F 看護師）

「保育園の先生とか何人も入っていたんですけども。ご退院のときには、大人数でカンファレンスをして、どう支援していったら子どもを安全に育てていけるんだろうかみたいな感じの話し合いはしました」（D 看護師）

支援的な環境の中、個人の気づきを話し合えたり、相談できるようになったことで、小児看護師の安心基盤となり、継続支援に向けた行動がとれるようになったことを看護師は語った。

第 3 節 総 合 考 察

1. 協働学習会の評価

協働学習会実施 6 か月後の小児看護師の語りは、養育支援や継続支援の必要性の認識が高まり、子どもと親の言動や関係性に意識を向けるとともに親を理解しようとする姿勢がもてるようになったことを示していた。また、病棟組織全体も家族への養育支援に意識を向け、個人の気づきをチームの共通認識として個々の看護師を支援する意識が高まったことが窺えた。

このような協働学習会の効果はさまざまな要素が影響し合っているものと考えられる。1 点目は学習会内容の吟味である。調査結果から、小児看護師の強みと課題が明確になり、必要とする知識や認識を具体的に示すことができた。特に、支援の対象として家族を捉えることを優先したことが、小児看護師の否定的な認識を変換させ、親に対する姿勢や態度を肯定的なものへと導いた。不適切な養育状況の家族に対応する小児看護師への支援においては、家族に対する認識の変換は不可欠であると考ええる。また、学習会に先立って、病棟管理者である看護師長や副師長との話し合いで導きだした課題を踏まえて内容を構成したことは、看護師らのニーズに沿ったものになり、協働学習会への能動性や参加動機につながったものと考えられる。

2 点目は、決定権をもつ管理的立場にある人を巻き込み、第三者である筆者と協働で開催できたことも重要であった。筒井・江本・草柳・川名（2010）は「集団の民主制」は状況を変化させることができると述べており、本学習会が講師から受講者への一方通行の形式でなく、病棟管理者である看護師長とともに、企画、運営し、同等な立場で民主的に学習会を進めたことの意味は大きい。また、参加者全員がチェックリスト

の使用や問診票の追加項目を検討したことも、より実効性が高まった要因であると考える。

今回、病棟管理者が中心となり参加への働きかけや参加希望者への配慮が行われていたが、病棟管理者の働きかけは、参加の動機付けといった一時的なものに留まらず、継続的に学習内容の意識付けがなされていたことも考えられる。さらに、習慣化した病棟のやり方や決まりごとを変更する場合にも病棟管理者の参加は有用である。病棟の管理的立場にある人とともに、進めていくことが組織全体の変化を起こしやすい要因であると考える。

3点目は知識と経験を重ね合わせることを通じて、理論と実践の乖離という現象を起こすことなく、小児看護師に実行可能性の認知を高めることができたのではないだろうか。このような変化は看護師側だけでなく、当然筆者にも起こっている。概念的・抽象的知識を看護師の実践経験と重ね合わせることを通じて、より現実性をもって、実践に利用することのできる知識に書き換えることができた。このように、臨床の看護師と研究者である筆者といった異なった立場や役割の者同士が、同じ目標に向かって学習することを通して、実践行為につながる知識を産出することができたと考える。

2. 実践知の構築に向けた家族理解の重要性

わが国で初めての看護の理論書である『科学的看護論』を著した薄井(1996)は、看護の理論は実践を導くものでなければならず、そうした理論は、まさに実践そのものを見つめてその中に潜む論理をたぐりとってくることを前提にしなければならないと述べている。人や人に関連する現象を対象とする看護の場は、常に変化しており、不安定で、複雑性、個別性がある。そのような場における知識は客観性、論

理性、普遍性を特徴とする科学的知識だけでは十分説明をすることができず、実践の中での法則性や知識が重要となる。中山(2004)は、看護の場において実践の知識がどのように発展していくかについて次のように述べている。看護師は患者との間の実践経験を通じて、そこで得たことを実践知として蓄積したり、理論的に学んだ知識は実践を通して内面化し、患者との相互作用の中で新たな知識を産出する。つまり、看護の理論的知識を実践知に転換するためには、ケア対象者との相互作用が必要であり、それらを通じて知の蓄積や体系化がなされていく。

本来看護は、対象に関心を抱き最大限その欲求に応え対象の自己実現を助けるために、対象との相互作用、相互関係をその中核に据えている(薄井,2014)。しかし不適切な養育状況の家族との対応においては、さまざまな問題行動を示す子どもや拒否的な親に対して、看護師は否定的な認知や感情を抱きやすく、回避的となり、対象との相互作用そのものが阻害されている。また、人間が新たな知識を獲得できるのは、経験を能動的に形成、統合するという個人の主体的な関与によるものである(佐藤,2008)。しかし、小児看護師の否定的な認知・感情は、子どもと親に能動的、主体的に関わることを難しくしている。

小児看護師が能動性を発揮し、子どもや親との相互行為を発動するために優先すべきことは、自身に生じる否定的な感情をコントロールすることである。小児看護師は、酷い怪我を負っている、極度の栄養不良を呈している、明らかな情緒行動問題を示している深刻な虐待を受けた子どもに対峙している。一方で親もケアを必要としている対象であり、彼らを理解し支援しなければならない。そのように子どもと親の両者へのケアを実践しなければならない小児看護師の葛藤は大きい。子どもの側から見ると親は加害者であり、敵意や嫌悪、拒否の感情が生じるのは自然なことである。また、親が示している行動や発している言葉だけに囚

われると、彼らを理解すること、受容することは難しい。親の言動の深層にある心理機制の理解、ストレスフルな状況から、現実感をもって家族の生活を想像できてはじめて親を支援の対象と認識できる。そのためには小児看護師に対する心理的支援が必要であると考え。協働学習会後のインタビュー結果からは、家族に対し「ハイリスクの家族」との見方から、「要支援家族」「支援を必要としている家族」と捉え、親を理解しようとする姿勢がみられるようになったことが示された。このことは、協働学習会での取り組みによって、親や親のケアに対する認識の変容が起こり、感情や行動に影響をもたらしたものと考え。

また、家族との関わりにおける他の看護師の体験を聞く中で、参加していた者は自身の行為だけでなく、それに伴う心の動き、感じ方の省察を通して、より深い対象理解が可能になったと考える。援助者の個別的体験の重要性を認識しながら理解を深めていくことは、主観的普遍性とも呼べる普遍的理解へつながっていく(牧,2004)。普遍的理解とは、他に適用できるということではなく、個人的で主観的な心の働きに関する事実が、他の事例へのアプローチに対して普遍的な仮説機能をもつ(藤原,2004)。一人の看護師の経験を仮説としながら、参加看護師自身のケア体験や育児体験を振り返り、親に対する認識や感情を批判的に問い直し、親も支援の対象として捉え直し、理解しようとする姿勢が創出されたのではないかと考える。

3. 組織的取り組みの重要性

個々の小児看護師の認識に変化は見られたが、それだけで家族への対応は十分とはいえない。特に対象となったA病院は、ほとんどが短期入院であるため、支援が継続できるよう地域の機関に繋ぐ、他機関と連携して支援を継続するといった役割を担っていた。他機関と連携するという行為は、重症度を見極める力と通告することに対する決断力を始めと

して多大な労力、行動力を必要とする。医師を対象とした調査においても、通告率が上がらない理由として、判断への不安に基づく抵抗感と通告に係る法的知識の不足が上がっている(天井・野島・森・要藤・堤, 2014)。小児看護師は日常から子どもと親に近い位置に関わり、多くの気づきがあるが、医師以上に判断への不安は大きい。気づきを上司や医師に報告はできたとしても、その認識にコンセンサスが得られなければ看護師一人の力では限界がある。

また、看護師は交代制という勤務形態のために、集団としての均一性、統一性や凝集性を重んじるという特徴をもっている。凝集性が高ければ高いほど集団のダイナミクスが強く働く。その反面、均一性、統一性、安定性を求めることで却って、従来からの考えややり方を変更することへの抵抗も大きい。しかし、ひとたび目標が設定されると、目標に向かって協力し合い、高い成果を得やすいということも言われている(武井, 2012)。

学習会後のインタビューにおいて小児看護師は「同じ視点で援助ができるようになり介入しやすくなった」や「これまで“何となく気になる”と個々の看護師が感じていた対象の不自然さに対して、『要支援家族』といった共通認識ができた」と語った。このことは、チーム集団として同じ学習会で知識修得の機会を得たこと、その中で安全な病棟環境の重要性を確認したこと、民主制のもと統一した指標を作成し利用を検討したこと、明確な共通の目標を設定できたことが効果につながったと考える。小児看護師の気づきで素早く他機関に連絡できた事例や多職種との合同会議を開催する等、支援を必要としている家族への援助という共通認識、共通目標を据え、医師も巻き込んで病棟全体が継続支援に向けてダイナミックに動き出した事実からもその成果を見て取ることができる。この

ように、不適切な養育状況の家族への対応においては、明確な共通認識や共通目標をもち、病棟全体の凝集性を高め、看護師個人ではなくチームで関わっているという意識をもてるように働きかけることが特に重要であると考えます。チームで共有する学習の機会は、看護師個人が知識やスキルを修得するだけに留まらず、同じ状況に関わる集合体を質的に変化させることが可能である。

今回想定以上の結果として、チーム内に支援的な雰囲気が出された。上司や同僚からの助言や支えは子どもや親の支援に欠かすことができない。それと共に、病棟全体が支援的、共感的であることが一人一人の看護師をエンパワメントし、積極的な支援行動を発動させた。「自分の気持ちを流されない」「オープンに皆で話し合える」「医師と機関連携の話ができ、継続支援につなげることができる」など、個人の気持ちが矮小化されたり、放置されることなく受け入れられるといった支援的な雰囲気は、自己の気持ちを声にすることや気になる親へアプローチを行うための力を与えることができる。Bion（1961 対馬訳 1973）は、組織集団が個々のメンバーを超えた一つの全体性をもつ有機体であるとし、個人の意識・無意識は集団に作用し、個人も集団の無意識に同調しやすく、個人と集団は互いに影響し合っていると述べている。支援的・共感的な病棟全体の雰囲気は、看護師自身に心理的な安心感をもたらし、看護師自身にも支援的・共感的な姿勢がつけられる。そのような姿勢は子どもと親への関わりにも少なからず影響するものと考えます。

子どもと親への対応における組織的取り組みのもう一つの利点は、集団的防衛として機能することである（Menzies, 1988）。小児看護師は子どもや親の回復のために看護を実践しているが、同時に看護師自身が傷つけないことも大切にしなければならない。従来より、愛着形成に問題の

ある子どもは、ケアの一貫性や対象の恒常性を経験し、安心感や安全感を取り戻すことができるよう、一对一の関わりを必要としているとされてきた（鈴木他,1998;鈴木,2009;鎌田他,2006;鎌田,2008）。しかし、調査結果に示されたように、虐待を受けた子どもを担当する看護師は、彼らがもつ負のエネルギーによって、二次的心的外傷を受けてしまいかねない。また、拒否的、攻撃的な親との関わりは小児看護師に心理的な消耗状態を引き起こす。一对一の関わりは子どもと親にとって重要な意味をもっているが、必ずしも良いとは限らない（武井,2012）。一人の看護師の関わりでなくても、病棟全体が支援的、共感的な雰囲気、組織としての一貫性をもち合わせることで家族に安心感をもたらすことができる。それとともに、看護師自身も傷つくことのないよう状況に応じて彼らに関わる看護師を交代したり、複数体制で担当するなどの方略は組織的な防衛となるのではないかと考える。

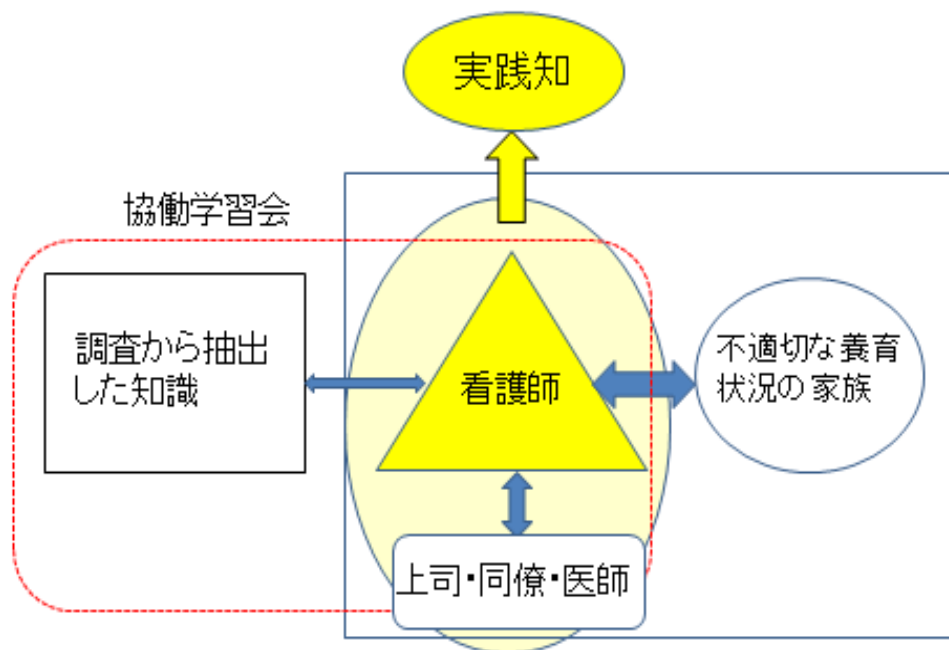


図 5-3 看護実践知構築に向けた支援の構造

以上、協働学習会の中での知識と経験の円環は、小児看護師個人の認識や行動の変化のみならず、組織全体に支援的な雰囲気をつくり、若干ではあるが看護実践に効果をもたらした。個人の変化が組織全体に影響を与え、その組織の協働や支援的な雰囲気によって個々の小児看護師がエンパワメントされ、養育支援行動や継続支援に向けた具体的な行動につながるという、力動的な構造が示された(図 5-3)。

第 4 節 研究の限界と今後の課題

本研究は実践知の構築に向けて、協働学習会を通じて、研究者である筆者が提供した理論的知識や概念的知識を小児看護師の経験と重ね合わせながら、ともに実践に即した知識のあり方を検討することができた。このことは実践知構築に向けた第一歩であると考え。しかし、本研究結果には以下の限界がある。まず第一点は、今回の調査結果における効果や小児看護師の行動の変化は、小児看護師自身の行動や家族の反応を客観的に観察したものではない。それゆえ結果の解釈には限界がある。今後は、協働学習会の評価として、具体的な事例における小児看護師と家族の相互行為のやり取り、効果的な実践を検証していくことが必要であると考え。

また、今回実施した調査全般の結果は、病床数 300 床以上の大規模病院の小児看護師を対象としたものである。また、協働学習会は一施設のみの実践結果であり、病院の特性上、もともと養育支援に意識の高い病棟であったことも考え合わせると、結果の言及には限界がある。しかし、地域密着型の総合病院での貴重な実践結果の一つであると考え。今後は、さまざまなタイプの病院や病棟を対象として例数を重ね、協働学習会を実施し、小児看護師が実践知を構築していくための支援を行ってい

きたい。

わが国では子ども虐待の「社会的発見」から四半世紀がすぎ、あらゆる専門職が知識や認識を深めることができた。また、児童虐待防止法の制定により虐待の定義、通告義務の明示、親権停止が可能となり、早期発見や親子分離のシステムは確立した。しかし発見や分離後の子どもと親を含めた不適切な養育状況の親への治療やケア方法は確立していない。そのため直接子どもや親と関わっている小児看護師の戸惑いや困難感は未だ大きい。

子どもや親が示す言動とは相反する心理機制を理解することの難しさ、子どもと親との間で関係を形成していくことの難しさ、支援関係を保ちながら関係機関へ通告することの難しさ、被害を受けた子どもへの同情と加害行為を行った親に否定的な感情を抱きつつ両者の支援を継続しなければならない難しさは、法や制度が整っても解決には至らない。“子どもと親を分離しただけ”、“見守るだけ”では状況の改善はなく、本当に子どもを守るためには親と子への支援が不可欠である（小林,2013）。

協働学習会により小児看護師の認識や行動の変化はみられ、実践知構築に向けた第一歩を踏み出した。しかし、どのように関われば拒否的で攻撃的な親がケアを受け入れてくれるのか、どうすれば家族との援助関係を壊すことなく他機関と連携ができるのか、子どもがパニックを起こさず日常生活を過ごさせるためにはどのように関わればよいかなど、有効なケアを見出していくことが今後の課題である。小児看護師が行う子どもや親への個別の実践を一つ一つ丁寧に検証していき、効果のあった知識の積み重ね、それらを言語化していくという膨大な作業が必要であり、実践家と研究者の協働は不可欠である。

おわりに

Cranton(1996)は、看護師などの専門職の学習内容は専門領域に関する技術的知識に偏ってしまっていると指摘している。技術的知識とは、因果律を追求する科学的関心のもと分析的調査によって獲得される知識である。医学の一端を担う看護師にとって技術的知識、客観的視点が重要であることは言うまでもない。しかし、看護師は医学を中心とする技術的知識を増やすことでその専門性の向上を目指している傾向がある。実際の看護実践の場では、技術的知識だけではケアにつながらず、理論と実践の乖離が生じていることが多い。看護の対象は人であり、人に関連する現象である。そのため看護師に必要なのは対象の生活や文化、社会規範、価値観などの文脈に根差した見方であり、相互関係によってしか得られない知識である。特に、不適切な養育状況の家族との関わりでは、彼らの生育歴、現在置かれている状況や生活環境、彼らのもつ価値観への理解がなければ、ケアどころか関係形成すら困難となる。不適切な養育状況の子どもや親の人間関係の持ち方は不信感を基盤にしていることが多く、彼らは容易に他者を信頼することができない。そのような子どもや親が必要としているのは、指導や介入ではなくケアである。ケアとは入浴や食事の介助といった実地的な援助とともに、生きづらさを抱えた目の前にいる人を理解し、認めることであり、ともに「在る」ことである(クラインマン・江口・皆藤, 2015)。彼らは最もケアを必要としている存在であり、私たち看護職にはそれに応じることのできる実践を追究していくことが求められている。

文献

秋津佐智恵・山崎喜久・志水哲也(2007). 小児科医の子そだて支援や虐待予防・対応に関する意識と医療現場での対応可能な取り組みに関する検討 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助「児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究」報告書 pp. 32-42.

天井基樹・野島正寛・森満・要藤裕孝・堤裕幸(2014). 小児科医による児童虐待察知と通告行為に影響を与える要因 子ども虐待とネグレクト, 16(2), 194-202.

浅利剛史(2012). 親に対して看護師のなかに陰性感情が生じた場合 小児看護 へるす出版, 35(3), 300-305.

Bion, W. (1961). 対馬忠(訳) (1973). グループ・アプローチ-集団力学と集団心理療法》の画期的業績・人間援助の心理学 サイマル出版社

Browne, K, D., Douglas, J., Hamilton-Giachritsis, and Hegarty(2006). A Community Health Approach to The Assessment of Infants and Their Parents: The Care Programme. By John Wiley & Sons, Ltd. (上野昌江・山田和子(監訳)(2012). 保健師・助産師による子ども虐待予防「CAREプログラム」-乳幼児と親のアセスメントに対する公衆衛生学的アプローチ- 明石書店)

Cranton, P., A(1996). Professional Development as Transformative Learning: New Perspective for Teachers of Adults, Jossey-Bass. (入江直子, 三輪建二監(訳)(2004). おとなの学びを創る-専門職の省察的実践をめざして- 18, 鳳書房)

Department of Health. Working Together to Safeguard Children A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of

- children. (1999). Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. (松本伊智朗・屋代通子訳 (2002). 子ども保護のためのワーキング・トゥギャザー-児童虐待対応のイギリス政府ガイドライン 医学書院)
- 土井高德 (2010). 虐待・非行・発達障害 困難を抱える子どもへの理解と対応—土井ファミリーホームの実践の記録— 福村出版
- Figly C. R (1999). Compassion Fatigue -Toward a New Understanding of the Cost of Caring, In Stamm, B. H., Secondary Traumatic Stress, second edition, Sidran Press. (小西聖子, 金田ユリ子 (訳) (2003). 二次的外傷性ストレス 誠信書房)
- 藤原勝紀 (2004). 事例研究法 丹野義彦 (編) 臨床心理学全書第5巻 臨床心理学研究法 誠信書房 pp.19-64.
- 藤岡淳子・寺村堅志 (2006). 非行少女の性的虐待体験と支援方法について—施設での実態調査から— 子ども虐待とネグレクト, 8, 343-350.
- 藤岡孝志 (2006). 福祉援助職のバーンアウト、共感疲労、共感満足に関する研究—二次的トラウマティックストレスの観点からの援助者支援— 日本社会事業大学研究紀要, 52, 149-163.
- 藤内美保・宮腰由紀子 (2005). 看護師の臨床判断に関する文献的研究—臨床判断の要素および熟練度の特徴— 日本職業・災害医学学会会誌, 53(4), 213-219.
- Gary, F. & Humphreys, J. (2004). Family Violence and Nursing Practice; Nursing care of Abused Children. Lippincott Williams Wilkins.
- 池田美佳子・檜木野裕美・山田恵子・鈴木敦子 (1991). 児童虐待に対する看護者の認識 I — 認識の全体像 — 大阪府立看護短大紀

要, 14(1), 45-52.

池田由子 (1995). 児童虐待-ゆがんだ親子関係- 改訂4版 中公新書

市川光太郎 (2006). 児童虐待イニシャルマネジメント-われわれはいかに関わるべきか- 南江堂 pp43-44, 119.

伊東ゆたか・犬塚峰子・野津いなみ・西澤康子 (2003). 児童養護施設で生活する被虐待児に関する研究(2)-ケア・対応の現状と課題について- 子どもの虐待とネグレクト, 5, 367-379.

児童虐待防止制度研究会編(1995). 子どもの虐待防止-最前線からの報告- 朱鷺書房

郭麗月 (1997). 被虐待児と親の行動特徴とその由来 小児看護, へるす出版; 20(7): 881-885.

鎌田佳奈美・檜木野裕美 (2006). 入院初期の被虐待児に対する看護師のケアの明確化 日本小児看護学会誌, 15(2), 1-7.

鎌田佳奈美・檜木野裕美・鈴木敦子 (2007). 看護職の連携による子ども虐待予防・早期発見・対応-小児病棟からみた連携の状況- 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 5(1), 132-137.

鎌田佳奈美 (2008). 入院初期の被虐待児に対する看護師の治療的なかわりと課題 子ども虐待とネグレクト, 10(2), 188-192.

鎌田佳奈美・石原あや (2013a). 子ども虐待の予防的な視点に関する研究-子どもと親の言動に対する小児看護師の重視度とその影響要因- 小児保健研究, 72(6), 834-842.

鎌田佳奈美・石原あや (2013b). 子ども虐待の予防に向けた支援に対する看護師の困難感 武庫川女子大学大学院臨床教育学研究, 19, 13-24.

鎌田佳奈美 (2014). 被虐待児をケアする病棟看護師に生じる認知・感情とその変容をもたらす要因 日本小児看護学会誌, 23(2), 18-24.

- 片岡弥恵子・下谷恵美・加納尚美・大竹眞裕美（2004）.性暴力・暴力被害女性への看護に関する実態調査 聖路加看護学会誌 8(1),1-8.
- 加藤尚子(2009).虐待を受けた子どもの支援者への心理コンサルテーションの機能とプロセスに関する研究 社会福祉学,50(1),5-15.
- 川崎二三彦（2006）.児童虐待―現場からの提言― 岩波書店
- Kempe,C.H, Silverman FN & Steele BF.(1962).The Battered Child Syndrome. JAMA 181;17-24., Cambridge, Harvard University press.
- クラインマン,A・江口重幸・皆藤章(2015).ケアすることの意味―病む人とともに在ることの心理学と医療人類学 誠信書房
- 小出恵子・猫田泰敏(2007).乳幼児健診時の保健師の継続支援の必要性に関するアセスメントの実態 日本看護科学会誌,27(4),42-53.
- 小林美智子(2013).子ども虐待に対する小児科医のまなざし 子ども虐待防止センター監修・坂井聖二著・西澤哲編著 子ども虐待への挑戦-医療・福祉・司法の連携を目指して- 誠信書房 pp.299-306.
- 厚生労働省(2000).第4節子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減.健やか親子21検討会報告書 2000年11月17日
- < http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html > (2012年6月10日)
- 厚生労働省(2015).平成26年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数 2015年10月8日
- <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/img-X07223508_2.pdf> (2015年10月10日)
- Krugman,R,D,. (1995).Future Direction in Preventing Child Abuse. Child Abuse & Neglect,19(3),273-279.

- 牧剛史（2004）.臨床心理士養成プログラムにおける実践知の重要性 佛
教大学教育学部論集, 25, 25-34.
- 益田早苗・浅田豊(2003).関係機関職員の子ども虐待に対する意識に関す
る一考察ー青森県における調査をもとにしてー 子どもの虐待とネグ
レクト, 5(1), 157-165.
- Menzies(1988).Containing Anxiety in Institution, Selected Essay
Vol.1, Free Association Book.
- Miiller. D. J., Harris. P. J. & Wattley. L(1986). Nursing Children
Psychology Research & Practice. (梶山祥子, 鈴木敦子訳(1988).病める
子どものこころと看護 医学書院)
- 村田恵子(2005).病気経験が子どもに及ぼす影響とストレス対処過程.及
川郁子監修.病と共に生きる子どもの看護 メジカルフレンド社
pp12-18.
- 中尾幸子・山田裕美・岩永信子・山田新尚(2001).周産期におけるハイリ
スク家庭の把握と継続援助の実態 子ども虐待とネグレクト 日本子ど
も虐待防止学会, 3(2):304-312.
- 中山洋子(2004).看護の“知”の水脈を探る 聖路加看護学会, 8(1), 44-49.
- 日本看護協会編(2003).看護職のための子どもの虐待予防&ケアハンドブ
ック 日本看護協会出版会
- 西澤哲(1994).子どもの虐待 誠信書房
- O' Connor J. & Jeavons S (2003). Nurses' Perceptions of Critical
Incidents. Journal of Advanced Nursing, 41(1), 53-62.
- 緒方泰子・永野みどり(2012).看護職のバーンアウトと看護職特性および
看護実践環境との関連 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 34, 39-44.
- 小此木啓吾(1986).治療場面と治療技法-治療構造論的観点から- 精神分

- 析研究, 30(1), 15-20.
- 尾高大輔・川名るり・山内朋子(2011). 子どもや親の言動による傷つき体験を看護師が語ることに對するアクションリサーチ 日本小児看護学会誌, 20(2), 49-56.
- 大江公子・入江拓(2009). 精神科看護師の二次的外傷性ストレスの回復支援に関する課題 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 17, 39-49.
- 大阪府健康福祉局(2012). 医療機関における子ども虐待予防、早期発見、初期対応の視点-妊娠期から乳幼児期の連携を中心に-
- 大澤智子(2002). 二次受傷-臨床家の二次的外傷性ストレスとその影響 大阪大学教育学年報, 7, 143-154.
- 大内善広(2004). 認知変数との相関からみた自己効力感の一般性-一般的自己効力感と課題固有自己効力感の比較- 早稲田大学大学院教育学研究科紀要, 12(1), 185-192.
- 小山田恵(2015). 認定看護師教育機関による子ども虐待教育 へるす出版 医学書院, 38(5), 573-578.
- 李松心(2012). 看護師におけるバーンアウトの研究 佛教大学大学院社会福祉学研究科篇, 40, 35-51.
- Rowse V (2009). Support needs of children's nurses involved in child protection cases. Journal of Nursing Management, 17, 659-666.
- 坂井聖二(2007). 子ども虐待における小児科医の役割 小児科臨床, 60(4), 563-572.
- 佐藤紀子(2008). 看護師の臨床の「知」-看護職生涯発達学の視点から- 医学書院
- 佐藤則子・宮本邦雄(2005). 看護師のバーンアウト傾向とコーピングおよび相談ニーズとの関連 東海女子大学紀要, 25, 109-120.

- 佐藤拓代(2001).子ども虐待予防のための保健活動マニュアル-子どもに関わるすべての活動を虐待予防の視点に-平成13年度構成科学研究補助金「子ども家庭総合研究事業」報告書.
- 庄司順一(2007).子ども虐待の理解と対応-子どもを虐待から守るために-フレーベル館
- 篠崎智範(2007).児童養護施設職員の共感疲労とその関連要因 子どもの虐待とネグレクト,9(2),246-255.
- 杉山登志郎(2008).子ども虐待という第四の発達障害 学研
- Smith,J(1981).Care of the Hospitalized Abused Child and Family A Framework for Nursing Intervention Nursing Clinics of North America,16(1),127-137.
- 鈴木敦子・檜木野裕美・鎌田佳奈美・堀井理司・小山田浩子・鈴木泰子(1998).被虐待児のケアニーズアセスメント指標の開発とその効果測定 平成7～9年度科学研究費補助金基盤研究報告書(C)
- 鈴木敦子(2009).愛着・探索システムを内包した「治療的ケア」-虐待環境に育った6歳児をとおして-小児看護へるす出版,32(5),632-638.
- 武井麻子(2012).感情と看護-人とのかかわりを職業にすることの意味-医学書院
- 寺本ゆみ・柳川敏彦(2011).大学病院勤務の看護師における子育て支援への積極的アプローチ-小児科病棟の患者親からの分析-分担研究:虐待に関する医療機関および他機関との連携の在り方に関する研究 平成22年度厚生労働科学研究費補助「子どもの心の診療に関する診療体制確保,専門的人材育成に関する研究(主任研究者:奥山真紀子)」報告書 18-26.
- 辻佐恵子・鈴木敦子(2010).子ども虐待のケアにおいて小児看護師が感じ

- る困難さの内容とその要因 四日市看護医療大学紀要, 3(1), 45-51.
- 筒井真優美・江本リナ・草柳浩子・川名るり(2010). アクションリサーチ入門-研究と実践をつなぐ- ライフサポート社
- 津崎哲郎(2009). ステップファミリー 子ども虐待とネグレクト 日本子ども虐待防止学会, 11(39), 269-271.
- 富川明子(2008). 精神科に勤務する看護師が「脅かされた」と感じる体験 日本精神保健看護学会誌, 17(1), 72-81.
- 坪井裕子・三後美紀(2011). 児童福祉施設の職員による子どもの問題行動の困難性の認知と対応行動の関係 子ども虐待とネグレクト, 13(1), 105-114.
- 上野加央里・長尾光城(2010). 看護師の児童虐待認識に関する研究—虐待発見に必要な対策— 川崎医療福祉学会誌, 19(2), 379-385.
- 上野昌江(2003). 子ども虐待における保健師の在宅支援の有効性に関する研究 平成 12-14 年度科学研究費助成金基盤研究 C 研究成果報告書.
- 薄井坦子(2014). 看護の原点を求めて-より良い看護への道- 日本看護協会出版会
- 薄井坦子(1996). 看護学探究の本流を求めて 千葉看護学会会誌, 1(1), 1-3.
- 山城五月・前田和子・上田礼子・沼口知恵子・盛島幸子・池原和子・仲宗根美佐子(2008). 児童虐待防止活動における専門職者の教育的ニーズ-沖縄県離島の場合- 沖縄県立看護大学紀要, 9, 1-8.
- 柳川敏彦・市川光太郎・小林美智子・山崎嘉久(2008). 妊娠・出産・育児期に支援を必要とする家庭の地域における保健医療連携システム構築のガイドライン 厚生労働科学研究費補助金. 子ども家庭総合研究事業
- 柳川敏彦(2008). 保健機関と医療との連携の実態と課題—実践— 小児保

健研究, 67, 274-277.

柳川敏彦(2011). 子ども虐待における医療の役割 小児科診療, 10(27), 1460-1468.

義本純子・富岡和久(2006). 介護福祉士・看護師のバーンアウト傾向とストレス要因の関係 北陸学院短期大学紀要, 38, 193-201.

謝 辞

ご多忙にもかかわらず、調査にご協力下さった多くの看護師の皆様、および調査協力を承認いただきました看護部長様、施設長様にも深く感謝申し上げます。また、論文作成において最後まで温かく見守り、ご助言・ご指導を下さいました西井克泰教授に心より感謝申し上げます。